

95/1
И. В. Стрельчук

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ
НАРКОМАНИЙ



МЕДГИЗ • 1949

Доктор медицинских наук И. В. СТРЕЛЬЧУК

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРКОМАНИЙ

*Издание второе,
переработанное и дополненное*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1949 — МОСКВА

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Первое издание «Клиника и терапия наркоманий», вышедшее в 1940 г., полностью разошлось в короткий срок. Второе издание существенно переработано и дополнено. Заново написаны разделы о течении и психопатологии рецидивов хронического алкоголизма, прогнозе и катамнезе, лечении хронического алкоголизма путем выработки эмоционально-отрицательной и рвотной реакции на алкоголь при помощи апоморфина, эметина и других рвотных средств, о хроническом алкогольном галлюцинозе, остром отравлении препаратами барбитуровой кислоты и др.

В данной работе приведено все то новое в клинике и лечении наркоманий, что, по нашему мнению, представляет интерес для врачей, проводящих лечение наркоманов.

Автор

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ко второму изданию	3
Предисловие к первому изданию	4
Глава I. Острое отравление алкоголем	5
Патологическое опьянение	11
Лечение	16
Глава II. Хронический алкоголизм	19
Течение и психопатология рецидивов хронического алкоголизма	36
Прогноз и катамнез	42
Патологическая анатомия	50
Причины и распространение алкоголизма	51
Глава III. Лечение хронического алкоголизма	53
Исторический обзор	53
Современные методы лечения алкоголизма	56
Фармакотерапия	59
Гравиданотерапия	64
Лечение путем выработки условий эмоционально-отрицатель-	
ной и рвотной реакции на алкоголь при помощи апоморфи-	
на, эметина и других рвотных средств	65
Лечение хронического алкоголизма сенсibiliзирующими к	
нему веществами	76
Оксигенотерапия	78
Психотерапия	79
Физиотерапия	87
Гидротерапия	88
Физкультура	89
Культтерапия	89
Трудотерапия	91
Лечебное питание	94
Глава IV. Запой (дипсомания)	99
Глава V. Алкогольная эпилепсия	102
Глава VI. Белая горячка	107
Глава VII. Острый алкогольный галлюциноз	126
Глава VIII. Хронический алкогольный галлюциноз	134
Глава IX. Алкогольный бред (алкогольный параноид)	142
Глава X. Корсаковский психоз	147
Глава XI. Алкогольный псевдопаралич	159

Глава XII. Острое отравление морфином	162
Хроническое отравление морфином (морфинизм)	164
Глава XIII. Острое отравление опиумом	182
Хроническое отравление опиумом	183
Глава XIV. Острое отравление кокаином	186
Хроническое отравление кокаином (кокаинизм)	187
Глава XV. Острое отравление гашишем	192
Хроническое отравление гашишем	193
Глава XVI. Эфиромания	195
Глава XVII. Острое отравление препаратами барбитуровой кислоты (веронал, люминал, амитал-натрий, мединал, ноктал, эвипан, фанодорм и др.)	197
Хроническое отравление препаратами барбитуровой кислоты	199
Глава XVIII. Острое отравление табаком	201
Хроническое отравление табаком	201
Глава XIX. Борьба с наркоманиями	207
Глава XX. Организация нервно-психиатрической помощи больным алкоголизмом и наркоманией	209
Наркологическая работа врача в поликлинике или диспансере	210
Лечебницы для алкоголиков и наркоманов	211
Трудовые колонии для алкоголиков и наркоманов	213
Колония для трудно излечимых и деградировавших алкоголиков	214
Отделения для алкоголиков при психиатрических и соматических больницах	214
Наркоприемники	215
Опека	215

Стр.

48

49

62

198

Клиника и

Редактор Ю. С. НИКОЛАЕВ

Техн. редактор Е. Серебряникова

Корректоры А. Г. Короткова и В. И. Блинова

А12162. Подписано к печати 30/IX 1949 г. МН—57. Ф. б. 60×92¹/₁₆.
Печ. л. 14. Уч.-изд. л. 15,2. Зн. в 1 п. л. 44000. Тираж 5000 экз.
Цена 9 руб. Переплет 1 руб. Заказ № 1699.

Набрано в 3-й типографии Красный пролетарий Глазполиграфиздата при
Совете министров СССР, Москва, Краснопролетарская, 16.

Отпечатано в типографии Государственного издательства медицинской
литературы,

Москва, Ногатинское шоссе, д. 1. Зак. 1516.

ОПЕЧАТКИ

Стр.	Строка	Напечатано	Следует читать
48	2 снизу	164	154
49	13 снизу	рецидив у 21 человека (свыше 20%), а у 49 человек	рецидив у 42 человек (свыше 26%), а у 79 че- ловек
62	10 снизу	MDS	Sterilis MDS
198	25 сверху	Strychnininitrici	Strychnini nitrici

Клиника и лечение

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Предлагаемая вниманию читателя работа посвящена клинике и терапии наркоманий. В существующей отечественной медицинской литературе нет специального руководства по наркоманиям. Между тем в таком руководстве ощущается определенная потребность, так как с алкогольными заболеваниями и в меньшей мере с другими наркоманиями приходится иметь дело значительному кругу врачей. Клинику наркоманий далеко нельзя еще считать изученной. Это еще в большей степени касается терапии наркоманий, хотя в этой области накоплен опыт, требующий соответствующего освещения и подытоживания.

В этой работе автор не претендует на разрешение всех поднятых вопросов, но стремится осветить их в соответствии с данными современной науки и достижениями советской медицины.

Работа в основном рассчитана на врачей, не имеющих специальной психиатрической подготовки, и ставит перед собой задачу ознакомить их с клиникой и особенно с методикой лечения наркоманов. В качестве материала для этой работы, наряду с имеющейся литературой, использован практический опыт Московской областной невро-психиатрической клиники и Московской невро-психиатрической лечебницы для острого алкоголизма.

Редакция:

Заслуженный деятель науки проф. М. О. Гуревич

Проф. Е. К. Краснушкин

Доц. И. А. Бергер

1940 г.

Глава I

ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ

Острое отравление алкоголем представляет собой кратковременное нарушение психических и соматических функций, наступающее у человека после приема алкоголя. Степень отравления зависит от количества и качества принятого алкоголя, а также от индивидуальной динамической реакции на него. Реакция организма на алкоголь может изменяться в зависимости от возрастных, психогенных и физиогенных факторов. Индивидуальная чувствительность к алкоголю колеблется в широких границах. Выносливость к алкоголю не всегда одинакова, даже у одних и тех же лиц; в одних случаях они сравнительно хорошо переносят большие дозы алкоголя, в других — пьянеют от небольшого его количества.

Истошающие факторы понижают выносливость к алкоголю. Невыносливость к алкоголю может появляться после тяжелых нервных и инфекционных заболеваний, у психических больных, после контузий и ранений головного мозга, у эпилептиков, психопатов, истерических субъектов, у тяжелых алкоголиков и т. п. Нами экспериментально установлено, что одним из факторов, способствующих появлению невосприимчивости к алкоголю при алкогольных заболеваниях, является замедленное окисление алкоголя в крови, а также повышенная чувствительность к нему головного мозга, вызванная длительной алкогольной интоксикацией.

До сих пор нет достаточно четкого критерия, кого следует считать опьяневшим. Опьяневшим следует считать лицо, принявшее алкоголь в таком количестве, которое вызывает комплекс кратковременных психических и соматических расстройств различной интенсивности, нарушающих нормальные реакции на окружающую внешнюю среду, вследствие чего возникает известная опасность как для самого опьяневшего, так и для окружающих.

В последнее время делались попытки установить закономерность между концентрацией алкоголя в крови и степенью опьянения. Однако, изучая влияние различных доз алкоголя на здоровых и алкоголиков, мы не могли отметить постоянного

соответствия между концентрацией алкоголя в крови и тяжестью психопатологической картины. Экспериментальными исследованиями доказано отрицательное влияние на психические функции даже небольших доз алкоголя. После приема 30—50 г алкоголя ассоциации замедляются и затрудняются, носят поверхностный характер. Замедление и затруднение ассоциаций являются исходным пунктом снижения интеллектуальных способностей после приема алкоголя. Возбудимость представлений после кратковременного, быстро проходящего минимального их облегчения замедляется. При выполнении более сложных и трудных заданий влияние алкоголя сильнее, чем при выполнении легких задач. В том случае, когда работа связана с тонкими психомоторными действиями (например, нанизывание бус, расстановка булавок на доске, печатание на пишущей машинке, вдевание в иголку нитки, срисовывание), или при таких заданиях, как счет, устный и письменный, описание картинок с обращением внимания на ряд событий и т. п., дозы алкоголя в 20—50 г удлиняют время реакции, снижают быстроту работы в умеренной степени и одновременно увеличивают количество ошибок.

Иногда малые дозы алкоголя вначале вызывают ускорение работы, однако в этой фазе ускорения число ошибок увеличивается, работа производится небрежно, невнимательно. В отдельных случаях после принятия небольших доз алкоголя вначале наблюдается улучшение работы, например, у некоторых стрелков (Крепелин) или при устном счете, но на очень короткое время. Такое улучшение работы объясняется устранением торможения, чувства страха, неуверенности, робости.

При тяжелой физической работе — у землекопов, каменщиков, грузчиков — малые дозы алкоголя могут вызвать вначале повышение работоспособности с последующим ее снижением. Чем тоньше, точнее и сложнее работа, тем меньшая доза алкоголя вызывает ее нарушение и тем больше она тормозится. Это относится и к чисто умственному труду, причем особенно к творческой работе. Почти автоматическая, легко выполняемая механическая работа, которая требует небольшого умственного напряжения и внимания, мало или почти совсем не нарушается от небольших доз алкоголя. При опьянении легко возникает субъективное чувство повышенного настроения, повышенного чувства собственного достоинства с ослаблением критики, поэтому многие считают, что их работа быстрее и лучше делается после употребления алкоголя. Этим же объясняется и та высокая оценка, которой пользуется алкоголь у некоторых людей как стимулирующее и укрепляющее средство.

Вследствие упомянутых свойств алкоголя, состояние легкого опьянения может приводить к авариям, браку продукции,

несчастливым случаям и т. п. Особенно опасно даже легкое опьянение у водителей транспорта, которое, вследствие замедленной реакции на окружающую обстановку, часто приводит к нарушению правил уличного движения, лихачеству, авариям, нередко с человеческими жертвами.

З. Л. Синкевич, изучавшая влияние различных доз алкоголя на взаимодействие между первой и второй сигнальной системой (применялась методика речевого подкрепления, предложенная проф. А. Г. Ивановым-Смоленским), после введения испытуемым 50 г алкоголя отмечала стимулирующее влияние последнего на деятельность первой сигнальной системы и легкие нарушения во второй сигнальной системе, выражавшиеся в замедлении латентного периода в ассоциативном эксперименте, в ухудшении качества ответов (эхолалические, созвучные, многословные ответы).

Прием больших доз алкоголя в течение нескольких дней вызывал более глубокие изменения как в первой, так и во второй сигнальной системе, причем изменения были тем резче, чем продолжительнее была интоксикация. В первой сигнальной системе отмечалось быстрое замыкание условных связей и, наряду с этим, чрезвычайная их неустойчивость, хрупкость, угашение с подкреплением. Условные связи как бы смывались волной запредельного торможения, т. е. выступала патологическая лабильность раздражительного процесса. Экспериментальное воспроизведение активного торможения не представлялось возможным вследствие отсутствия прочной условной связи. На фоне общего глубокого нарушения нейродинамики первой и второй сигнальной системы замыкательная деятельность коры в отношении внутреннего торможения оказалась нарушенной в наибольшей степени. В деятельности коры мозга господствовало пассивное торможение. Во второй сигнальной системе выступало снижение качества ответов, замена словесных реакций мимическими и жестикуляторными. Эти и другие нарушения указывают на растормаживание низших форм реакций при торможении высших речевых процессов. По прекращении интоксикации алкоголем психические функции постепенно возвращались к норме.

М. К. Петрова, изучавшая длительное влияние алкоголя на высшую нервную деятельность собак, нашла, что при этом имеется ослабление как раздражительного, так и тормозного процесса, изменение подвижности этих процессов, т. е. патологическая лабильность и инертность их.

Малые и средние дозы алкоголя не только снижают работоспособность, но и уменьшают желание работать (импульс к труду). В результате длительной интоксикации алкоголем у тяжелых алкоголиков пропадает импульс к труду, они становятся неспособными к систематической работе, опускаются, переходят на иждивение семьи, пропивают вещи, нередко ведут асо-

циальный образ жизни, часто попадают в психиатрические больницы.

Что касается чувства усталости при упомянутых выше работах, то после малых доз алкоголя (5—10 г) работа кажется легкой и нетрудной; после приема средних (50—100 г) и больших доз алкоголя работа вскоре начинает казаться нецелесообразной, возникает желание прилечь, подремать, т. е. возникает чувство, аналогичное усталости, которое, если продолжать давать алкоголь, увеличивается настолько, что приводит, в конце концов, ко сну.

Неутомленный человек после приема умеренных доз алкоголя устает раньше, чем человек, не принимавший алкоголя, а утомленный человек вначале субъективно ощущает оживление, но не вследствие устранения усталости, а в результате наркотизации коры головного мозга и невосприимчивости физиологического чувства усталости.

Активное и пассивное внимание под влиянием малых и средних доз алкоголя (30—50 г) нарушается. Испытуемые под влиянием алкоголя делают больше ошибок и работают медленнее и менее уверенно. Алкоголь влияет на память главным образом вследствие нарушения активного внимания. Установлено, что выученные после приема средних доз алкоголя стихи сохраняются в памяти более короткий срок, чем заученные в обычное время. Особенно сильно страдает память в состоянии сильного опьянения, после которого обнаруживаются пробелы памяти или полная амнезия в отношении всего того, что было пережито и сделано в состоянии сильного опьянения. Аффективная сфера возбуждается алкоголем, влечения растормаживаются. В большинстве случаев алкоголь создает повышенное настроение, чувство довольства, эйфорию. Объективно это выражается веселым выражением лица, радостным взглядом, блестящими глазами, оживленной мимикой, многоречивым разговором и смехом. Опьяневший становится веселым, развязным, склонен шутить, заключать с кем попало дружбу. Позже он становится некритичным, бестактным, начинает громко кричать, петь, шуметь, не считаясь с окружающими. Поступки его импульсивны, необдуманны. Наконец, все завершается тупой апатией.

Психопатологическая картина, вызываемая алкогольным опьянением, во многом напоминает маниакальное возбуждение. Алкогольная эйфория возникает вследствие растормаживания, ослабления критики. Одной из основных причин алкогольной эйфории является возбуждение подкорки — старейшей в филогенетическом отношении части мозга, в то время как более молодые и более чувствительные области коры головного мозга сильно нарушены или парализованы.

И. П. Павлов в своей статье «Пробная экскурсия физиолога в область психиатрии» пишет: «Наконец, сюда же, в эту

группу всяческих вариаций центрального торможения, нужно отнести и симптом шаловливости, дурашливости, наблюдаемый в особенности у гебефреников, а также вспышки возбуждения с характером агрессивности, которые встречаются среди уже указанных симптомов у других шизофреников. Все эти явления очень напоминают картину обыкновенного начального алкогольного опьянения...» «...В этих случаях имеются все основания понимать дело так, что они есть результат начинающегося общего торможения больших полушарий, в силу чего ближайшая подкорка не только освобождается от постоянного контроля, постоянного торможения со стороны полушарий при бодром состоянии, а даже на основании механизма положительной индукции приводится в возбужденное хроническое состояние со всеми центрами. Отсюда при алкогольном нарколепсии то беспричинная и необычная плаксивость и веселость, то излишняя чувствительность и слезы, то гневность».

В некоторых случаях алкоголь сразу вызывает отупение, индифферентность к окружающему. Такие люди спокойны, мало контактны; стадия возбуждения у них отсутствует, наркотическая же фаза наступает медленно.

Алкоголь, принятый в больших дозах, вызывает более грубые нарушения. Восприятие внешних впечатлений затрудняется и замедляется, точность их понижается. Переработка воспринятого нарушается. Внимание и память нарушаются еще в большей степени, чем от малых и средних доз алкоголя. Ассоциативные процессы качественно расстраиваются, критика ослабевает. У опьяневших людей отсутствует способность внимательно выслушивать других, следить за правильностью своей речи, контролировать свое поведение.

Ввиду того что алкоголь парализует чувствительную сферу коры головного мозга, уменьшается чувство боли, усталости, недомогания и т. п. Опьяневшие люди становятся самоуверенными, суждение их ослабевает. Речь оживляется, появляется болтливость, хвастовство. Опьяневшему кажется, что его способности улучшаются и действия облегчаются, что он может найти быстрое и правильное решение любого вопроса. Все заботы, сомнения и трудности исчезают — все можно преодолеть. Опьяневший становится беззаботным. Он чувствует прилив сил. Настроение делается то безудержно веселым, то плаксивым, то гневным. Обычно в состоянии опьянения выявляются индивидуальные черты характера: люди веселые громко говорят, острят, поют, пляшут, грустные — часто впадают еще в большую грусть, плачут, каются, просят у всех извинения. Люди раздражительные, несдержанные, грубые становятся еще более грубыми и циничными, придиристыми, склонными к аффективному возбуждению и агрессии. Отдельные лица, несмотря на тяжесть опьянения, сохраняют контроль за своим поведением и внешне ведут себя правильно.

Иногда, наоборот, грубые люди становятся мягкими, ласковыми, склонными к нежным излияниям, спокойные делаются агрессивными, раздражительными, грустные — веселыми, подвижными.

Нравственное чувство у пьяных ослабевает, теряется стыд. Непристойные замечания, циничные шутки — обычное явление у опьяневших людей. Нередко появляется сексуальное возбуждение, ведутся эротические разговоры. Наносятся оскорбления, совершаются поступки, нарушающие общественную безопасность. Пьяный плохо разбирается в том, что ему говорят, что вокруг него происходит. Отвлекаемость повышается. Иногда отмечается пробуждение низких склонностей и страстей. Опьяневшие не могут себя сдерживать, теряют способность понимать свое состояние. Они возмущаются, если им заявляют, что они пьяны, отрицая свое опьянение. Подобное возбуждение постепенно сменяется состоянием угнетения. Сознание затемняется, хотя ориентировка сохраняется в течение почти всего периода опьянения. Умственные способности ослабевают, появляется сонливость. Речь становится неправильной, лепечущей. Мало-помалу опьяневшие успокаиваются и засыпают глубоким сном.

Наряду с психическими расстройствами, при опьянении появляется ряд соматических изменений. Вскоре после приема алкоголя по всему телу разливается приятная теплота, зависящая от расширения периферических сосудов. На щеках появляется румянец. Глаза приобретают особый блеск. В большинстве случаев зрачки в начальном периоде опьянения расширяются, в состоянии алкогольного наркоза — суживаются. Пульс, вначале полный и учащенный, впоследствии становится слабым и замедленным. Кровяное давление понижается. Субъективно приятное чувство теплоты, ощущаемое в начале опьянения, зависит от прилива крови к периферии и расширения кожных сосудов, при котором нервы, проводящие ощущение тепла, возбуждаются. Температура тела понижается на 1—2°, вследствие большой потери тепла в окружающую среду расширенными периферическими сосудами. Поэтому опьяневшие легче замерзают, чем трезвые. Дыхание в начале опьянения учащается, но с нарастанием опьянения делается редким и более глубоким. Походка по мере нарастания опьянения становится неуверенной, атактической, движения рук и кистей неправильны. Наконец, опьяневшие не могут находиться в вертикальном положении, спотыкаются и падают. В начале или в конце опьянения нередко наблюдается рвота. После приема очень больших количеств алкоголя обнаруживаются более тяжелые расстройства. Температуре регуляторных центров. Температура тела понижается. Работа сердца слабеет. Постепенно наступает паралич сосудо-

двигательного и дыхательного центра. Дыхание становится поверхностным, замедленным, хрипящим. Кожа вначале принимает красноватую окраску, впоследствии сменяющуюся резкой бледностью. Временами появляется цианоз (неблагоприятный симптом). Постепенно нарастает состояние глубокого наркоза с полной потерей сознания, утратой рефлексов, чувствительности, мышечного тонуса, волевых движений. Наконец, может наступить резкий упадок сердечной деятельности, паралич нервных центров и смерть от паралича дыхания.

Алкоголь выводится из организма при помощи легких и почек в количестве от 2 до 10 %, основная же его часть подвергается окислению.

Пробуждение у опьяневших бывает различным и зависит от индивидуальной реакции на алкоголь и от степени опьянения. Некоторые последствия даже умеренного опьянения могут оставаться в течение 24—36 часов. У большинства лиц после алкогольного опьянения отмечается так называемое состояние похмелья: подавленное настроение, головная боль, головокружение, физическая слабость, плохой вкус во рту, потеря аппетита, жажда, боли в животе, тошнота, а нередко и рвота, потеря интереса к работе или полная невозможность приняться за работу.

Некоторые авторы, вводя при шизофрении 48 % алкоголь (50—75 г), пришли к выводу, что алкоголь у части шизофреников дает возможность временно растормозить их психику, делая их более доступными и разговорчивыми. Н. В. Канторович и С. К. Константинович, вводя внутривенно 20 % алкоголь (от 100 до 500 см³) больным кататонической и гебефрено-кататонической формой шизофрении, отмечают, что алкоголь временно устраняет основные кататонические симптомы (мутизм, оцепенение, негативизм); у больных возникает эмоциональный контакт, мышление и речь приобретают более связный характер. Данные явления носят кратковременный характер и проходят с прекращением действия алкоголя.

Патологическое опьянение

Патологическое опьянение представляет собой вызванный алкоголем кратковременный острый, abortивно протекающий психоз, длящийся от нескольких минут до одного часа, но не свыше суток. Название «патологическое опьянение» неудачное, ибо всякое опьянение является патологическим состоянием. Вносились предложения называть патологическое опьянение сложным опьянением, патологической алкогольной реакцией, эпилептиформным опьянением (Крепелин), психотическим опьянением (М. И. Затуловский), но все эти названия не привились в психиатрической практике.

Этиология. Патологическое опьянение у здоровых лиц отмечается редко, чаще всего оно наблюдается у эпилептиков, психопатов, невротиков, олигофренов, лиц, перенесших травму черепа, у хронических алкоголиков и т. п.

Способствующими и провоцирующими моментами могут служить сильные волнения, испуг, страх, гнев, ссора, ревность, тяжелые потрясения, переутомление, половые эксцессы, истощающие факторы, жара, пребывание в плохо вентилируемом помещении, беременность, климакс и т. п.

Клиническая картина. Патологическое опьянение обычно возникает внезапно, без всяких предвестников; иногда ему предшествует кратковременный (15—30 минут) сон или судорожные приступы. Количество и качество алкоголя не играют существенной роли, так как патологическое опьянение может наступить даже после приема небольших доз алкоголя.

Клиническая картина патологического опьянения выражается в тяжелом помрачении сознания; ориентировка в окружающем теряется.

Аффективная сфера болезненно изменяется, у больного появляется аффект страха, гнева, ярости. Страх бывает то безотчетным, то вытекает из различных опасений.

Эйфории, свойственной начальному периоду опьянения, не бывает. Часто у больных появляются иллюзии, зрительные и слуховые галлюцинации, им представляются различные звери, чудовища, птицы, насекомые, пресмыкающиеся, уроды и т. п. Больные слышат шопот, брань, угрозы; им кажется, что за ними следят, подкрадываются к ним, обвиняют их в тяжелых преступлениях, нападают на них. Своих друзей они принимают за врагов и начинают от них яростно защищаться. Больными овладевает дикая злоба и ненависть. Иногда на первый план выступают бредовые идеи отношения и преследования. Обычно помрачение сознания достигает глубоких степеней. В большинстве случаев отмечается полная амнезия периода опьянения, и лишь у части больных остаются отрывочные воспоминания о нем. Почти всегда наблюдается двигательное возбуждение. Атаксия отсутствует. Поведение обычно адекватно переживаемому аффекту. Отмечается склонность к агрессивным поступкам. Больные ругаются, кричат, вступают в драку, наносят оскорбления словом и действием, пускают в ход ножи, оружие, совершают преступления, которые поражают своей жестокостью и дикостью. Нередко под влиянием устрашающих аффектов больные наносят себе повреждения, совершают попытки к самоубийству, нападения и т. п., обнаруживая при этом большую ловкость и способность преодолевать препятствия.

В тяжелых случаях патологического опьянения больные еще более возбуждены и крайне агрессивны. Патологическое опьянение заканчивается продолжительным сном. Просы-

паясь, больные совершенно не помнят, что с ними произошло в состоянии опьянения.

Описано много различных форм патологического опьянения. Н. В. Канторович и И. А. Осовский предлагали делить алкогольное опьянение на группы в соответствии с психопатологическими синдромами. И. Н. Введенский на основании большого количества экспертных случаев сводит клиническую картину патологического опьянения к двум основным типам — эпилептоидному и параноидному, или галлюцинаторно-бредовому. Эпилептоидный тип опьянения Введенский разделяет на два варианта: первый характеризуется явлениями резкого психомоторного возбуждения, беспорядочной агрессией, тяжелым расстройством сознания и полной амнезией; при втором варианте наблюдается сумеречное состояние сознания и автоматические действия, которые напоминают эпилептическое сумеречное состояние и трудно от него отличимы.

При параноидной форме патологического опьянения И. Н. Введенский обнаруживал в большинстве случаев влияние предшествовавших психогенных факторов. М. И. Затуловский считает, что патологическое опьянение «представляет собой скорее единое однотипное, однородное, маловариабильное психотическое состояние», характеризуя его как «острое аффективно-бредовое сумеречное состояние». С такой постановкой вопроса никак нельзя согласиться. В клинике существуют разнообразные формы патологического опьянения, и хотя нередко отмечается, что один синдром переходит в другой и разграничение различных форм патологического опьянения представляет большую трудность, тем не менее изучать и классифицировать различные синдромы патологического опьянения необходимо.

В практике чаще всего встречаются следующие формы патологического опьянения: эпилептоидная форма патологического опьянения с психомоторным возбуждением, затемнением сознания, агрессивными и разрушительными действиями и последующим сном; делирантная — с обильными зрительными и в меньшей степени слуховыми галлюцинациями, безотчетным страхом, изменением представления об окружающей обстановке, потерей ориентировки, волнообразным нарушением сознания, причудливыми делириозными переживаниями и т. п.; параноидная или галлюцинаторно-бредовая — с наплывом слуховых галлюцинаций, носящих характер оскорблений и угроз, бредом отношения, преследования и т. п.; маниакальная — с бурной веселостью, речевым и двигательным возбуждением, отвлекаемостью внимания, экзальтацией, эйфорией, расторможенностью, склонностью к дурашливости; депрессивная — характеризующаяся подавленным настроением, тоской, злобой, слезами, ипохондрическими жалобами, стремлением наносить себе различные повреждения, попытками

к самоубийству; истерическая — выражающаяся в расторможении эмоций, истерическом поведении, приступах смеха, плача, истерических припадках, сновидных переживаниях, сумеречных состояниях сознания; сумеречные состояния, сопровождающиеся резко выраженным аффектом тревоги, страха, моторным возбуждением, агрессивностью, тенденцией к разрушительным действиям.

С. Г. Жислин описал у алкоголиков с шизофреническим отягощением патологическое опьянение, которое протекает в виде шизофренического синдрома, исчезающего с концом опьянения. Крепелин относит к патологическому опьянению также те случаи, когда под влиянием алкоголя пробуждается страсть к бессмысленным поджогам, извращаются половые инстинкты, что приводит к эксгибиционизму, гомосексуальным актам, половым насилиям, вплоть до похотливых убийств. Патологическое опьянение заканчивается по-разному. Обычно после совершения насильственных актов больной успокаивается и наступает длительный глубокий сон. В части случаев последующего угнетения и сна может не наблюдаться.

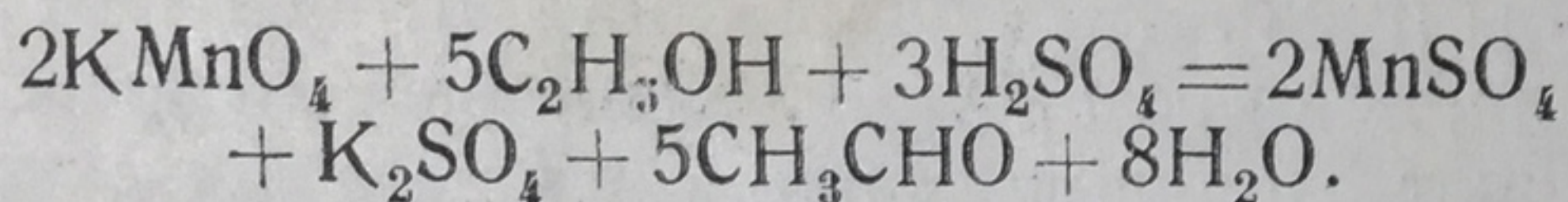
Симптомы нарушения нервной системы выражаются в виде вялой реакции зрачков на свет или неподвижности зрачков с отсутствием реакции на конвергенцию.

Диагностика алкогольного опьянения не представляет затруднений, тем не менее встречаются ошибки. Иногда в больницу доставляют людей, якобы «пьяных», тогда как на самом деле у них инсульт, травма черепа, уремия, кома, тяжелое отравление и т. п. В каждом таком случае диагноз нужно ставить с большой осторожностью.

В тех случаях, когда диагностика алкогольного опьянения преследует цели экспертизы, наряду с тщательным исследованием больного (например: запах алкоголя изо рта, состояние сознания, обманы чувств, бред, аффективная сфера, пульс, тонкие движения, речь, походка, почерк, состояние зрачков, анамнез и т. п.), весьма ценную услугу оказывает определение алкоголя в выдыхаемом воздухе и в крови (реакция Рапопорта) или же реакция с двуххромовокислым калием.

Реакция Рапопорта. В две пробирки наливают по 2 см³ дистиллированной воды. В пробирку, предназначенную для проведения опыта, вставляют длинную стеклянную трубочку с таким расчетом, чтобы один ее конец погружался в воду. Затем заставляют испытуемого дуть в эту трубку в течение 15 секунд. Если в выдыхаемом воздухе содержится алкоголь, он поглощается водой. После этого в опытную и контрольную пробирку добавляют 15 капель химически чистой серной кислоты. Серную кислоту следует добавлять осторожно, по стенке пробирки, так как при соединении H_2SO_4 с водой происходит термическая реакция. Затем в обе пробирки добавляют по 1 капле 0,5% раствора марганцовокислого калия.

В присутствии алкоголя марганцовокислый калий обесцвечивается, содержимое же контрольной пробирки остается светлорозовым. Реакция происходит в основном по следующему типу:



Марганец переходит из семивалентного в двухвалентный. Спирт окисляется в ацетальдегид. Вода получается в результате окисления. Необходимо учитывать, что ацетон, хлоралгидрат, *Adonis vernalis*, эфир способны давать положительную реакцию Рапопорта.

Прежде чем проводить реакцию Рапопорта, необходимо, чтобы испытуемый прополоскал кипяченой водой рот.

Модификация реакции Рапопорта С. Л. Архангеловым. Необходимые реактивы — раствор двуххромовокислого калия 19,6—1 000 и концентрированная серная кислота. В пробирку наливают 2 см³ воды и вставляют в нее тонкую стеклянную трубочку с таким расчетом, чтобы один конец ее погружался в воду. Испытуемый делает в пробирку 40 выдохов. 1 см³ воды отливают в другую пробирку для контроля. Добавляют по 25 капель серной кислоты и 2—3 капли двуххромовокислого калия. Желтая окраска переходит в зеленую вследствие восстановления $\text{K}_2\text{Cr}_2\text{O}_7$ в соль окиси хрома.

Опьянение и вменяемость. Наблюдающаяся в начальной степени опьянения эйфория, приподнятое настроение, расторможенность, ослабление высших регуляторных механизмов, развязность, тенденция к грубым циничным замечаниям, громкий разговор, бестактность часто приводят к нарушению общественного порядка. Вследствие аффективного возбуждения, повышенной обидчивости, трудности себя сдерживать, ослабления критики и контроля за своим поведением, опьяневшие часто вступают в конфликт с окружающими, цинично ругаются, наносят оскорбление словом и действием, вступают в драку, совершают разного рода дебоши, эксцессы, нередко преступления сексуального характера. Алкогольное опьянение — частый спутник правонарушения, квалифицируемого как хулиганство. Преступления, совершаемые в состоянии патологического опьянения, более серьезны и поражают своей бессмысленностью и чудовищной дикостью (нанесение тяжелых увечий, убийство, поджоги и т. п.). По материалам Института судебной психиатрии им. Сербского, патологическое опьянение наблюдалось в среднем у 0,4—0,7% всех испытуемых. Советское законодательство не освобождает совершившего преступление в состоянии опьянения от наказания. Этим охраняются интересы общества, ибо в противном случае нельзя было бы наказать целый ряд преступников. Патологическое опьянение по советским законам может быть принято во внимание при решении вопроса о вменяемости.

Лечение

При остром отравлении алкоголем удаляют из желудка алкоголь (если наличие такового в нем еще можно предполагать), чтобы прекратить дальнейшее его всасывание в кровь. Для этой цели, если не наступило еще бессознательное состояние, промывают желудок, удаляя из него алкоголь. Применяют рвотные средства или вызывают рвоту искусственно путем раздражения корня языка пальцами или шпателем, обернутым в марлю или вату. Можно предварительно дать выпить отравившемуся три-четыре стакана воды и затем вызвать рвоту (искусственное промывание). Не рекомендуется давать такие рвотные, как сернокислая медь, сернокислый цинк и т. п., потому что при сильных степенях опьянения, вследствие наркотизирующего влияния алкоголя, эти средства не вызывают рвоты, а, оставаясь в желудке и всасываясь, вызывают добавочную интоксикацию. Для вызывания рвоты даже в тяжелых случаях опьянения пользуются солянокислым апоморфином, который возбуждает рвотный центр в продолговатом мозгу.

Применяется апоморфин в виде подкожных инъекций по 0,25—0,50 см³ 1% раствора. Противопоказаниями к применению апоморфина являются: низкое кровяное давление, общее истощение, кахексия, так как в подобных случаях апоморфин может вызвать коллапс. Кроме того, апоморфин противопоказан при тяжелых степенях опьянения, когда больные находятся в коматозном состоянии, а также в состоянии глубокого наркоза, особенно при комбинации морфинного отравления с алкогольным.

П. П. Овчаренко и Л. С. Неймер, применявшие в практике наркоприемников 1% апоморфин в дозах 0,3—1,5 см³, отмечают, что он оказывает рвотное действие в 83% случаев, независимо от тяжести опьянения. По данным этих авторов, эффект наступал через 7 минут. Применение апоморфина было безуспешным лишь в 8 из 30 случаев тяжелого отравления алкоголем.

Однако мы являемся решительными противниками применения больших доз апоморфина, превышающих максимальные дозы, приводимые в Фармакопее. Оптимальной дозой при остром отравлении алкоголем является 0,003—0,005 апоморфина, введенного подкожно:

Rp. Apomorphini hydrochlorici sterilisatae 1% 10,0
DS. По 0,3—0,5 см³ для подкожных инъекций

Параллельно с вызыванием рвоты рекомендуется удалить катетером мочу или заставить больного помочиться, так как доказано, что алкоголь, содержащийся в моче, способен диффундировать обратно в кровь.

При наличии коматозного состояния вводят внутривенно 10—20% коразол по 2—3 см³, причем вливания можно повторять через 1—2 часа. Подкожно или внутривенно вводят стрихнин по 0,001—0,003. Растирают тело камфорным маслом. В случае сильного прилива крови к голове иногда целесообразно бывает поставить пиявки за уши. При угрозе смерти назначается венесекция с выпусканьем до 200 см³ крови, после чего рекомендуется вводить подкожно физиологический раствор (300—400 см³). Если наблюдается падение сердечной деятельности, вводится подкожно камфора, кофеин, адреналин и т. п. При асфиктических явлениях применяется вдыхание кислорода, искусственное дыхание. Прекрасным средством для возбуждения дыхательного центра служит лобелин, даже в малых дозах. Лобелин вводится подкожно в виде 1% раствора по 1 см³. Если имеется угроза паралича дыхания, лобелин можно вводить внутривенно, начиная с 0,003; при этом нужно соблюдать осторожность и вводить его медленно.

Rp. Sol. Lobelini hydrochlorici 1%
in amp. 1,0
DS. По 0,5—1 см³ подкожно

Особенно большая осторожность требуется при назначении лобелина алкоголикам с тяжелыми поражениями сердечно-сосудистой системы ввиду угнетающего действия лобелина на сердечную мышцу и нервно-мышечный аппарат сердца, приводящего к падению кровяного давления. В таких случаях параллельно с лобелином нужно вводить адреналин, который повышает кровяное давление.

Фенамин и перветин и в меньшей степени другие симпатомиметические вещества (адреналин, атропин) снижают концентрацию алкоголя в крови вследствие замедленного всасывания алкоголя в кровь из желудочно-кишечного тракта после введения этих веществ. Опытами на животных доказано, что всасывание алкоголя из кишок, куда предварительно вводился фенамин, равнялось 2,89%, тогда как без фенамина это всасывание повышалось до 55,2%.

При остром отравлении алкоголем с успехом применяется внутривенное введение 50 см³ 50% глюкозы и 15 МЕ инсулина, что ускоряет падение концентрации спирта в крови. Предполагают, что падение концентрации спирта может катализироваться одновременным окислением глюкозы.

При алкогольной коме применяется также вдыхание смеси 90% кислорода и 10% углекислоты. Таким путем, по Рабиновичу и Зелезкину, достигается быстрое падение содержания алкоголя в крови. Этот метод основывается на быстром выделении алкоголя вследствие усиленного дыхания и ускоренного его сгорания в организме, а также на возбуждении углекислым газом дыхательного центра.

Ввиду падения температуры тела при отравлении алкоголем, больной должен находиться в теплой комнате, его следует тепло укрыть, к ногам и рукам класть грелки; при этом следует соблюдать осторожность, чтобы не вызвать ожогов, так как при отравлении алкоголем больные не реагируют на боль. Мы наблюдали после неосторожного применения грелок трудно заживающие ожоги.

Внутрь можно давать нашатырный спирт по 5—10 капель в рюмке воды для возбуждения сердечной деятельности, сосудодвигательного и дыхательного центра. Правильное и своевременное применение упомянутых выше средств при тяжелом отравлении алкоголем дает положительные результаты во всех случаях. При патологическом опьянении мы с успехом применяли инсулин по 10—20 МЕ с одновременным введением глюкозы.

Применяется также смесь проф. Краснушкина по следующей прописи:

Rp. Natrii bromati	
Chlorali hydrati aa	15,0
T-rae Valerianae simplex	20,0
Pantoponi	0,1
Luminali	0,5
Adonileni	5,0
Aq. destill.	500,0
MDS. По 50—100 см ³ в клизме или 2—3 ложки внутрь	

Для купирования резкого возбуждения вводят подкожно 1% апоморфин по 0,3—0,5 см³, который вызывает тошноту, рвоту и приводит к быстрому исчезновению возбуждения. Применение таких наркотиков, как пантопон, морфин, мы считаем нецелесообразным.

За больными должен быть установлен тщательный надзор, ибо некоторые из них, особенно алкоголики с патологическим опьянением, тяжелые психопаты, склонны к агрессивным поступкам, попыткам к самоубийству и другим асоциальным действиям, что может легко осуществиться при недостаточном надзоре или отсутствии его. В некоторых случаях при тяжелом отравлении алкоголем больного удается привести в сознание надавливанием на ветви тройничного нерва в области foramen supraorbitalis.

Последствия отравления алкоголем (головная боль, слабость, головокружение, плохой вкус во рту, тошнота, потеря аппетита) не требуют особой терапии и проходят без врачебного вмешательства, однако при тяжелых явлениях похмелья можно рекомендовать крепкий кофе, препараты кофеина, фенамина, крепкий чай с лимоном, цитраль, перветин и др.

Глава II

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Хронический алкоголизм был известен еще в глубокой древности. Гиппократ считал, что пьянство есть не что иное, как умышленное и самовольно вызванное сумасшествие. Хронический алкоголизм впервые подробно описан Магнус Гуссом в 1852 г.

С. С. Корсаков под хроническим алкоголизмом подразумевает совокупность расстройств, вызванных повторным, чаще всего долговременным употреблением спиртных напитков. Это определение до настоящего времени является наиболее четким.

Крепелин считал хроническим алкоголизмом такое потребление алкоголя, при котором в организм алкоголь поступает в то время, когда он не освободился еще от действия предыдущей дозы.

Ф. Е. Рыбаков рассматривал хронический алкоголизм как совокупность расстройств психических и физических, вызванных долговременным злоупотреблением алкогольными напитками.

Бонгеффер подчеркивал, что хронический алкоголизм есть не что иное, как патологическое влечение к алкоголю, причем яд поступает в организм тогда, когда еще действует предыдущая доза; но это не просто сумма однократных отравлений, а вторичная аутоинтоксикация, новое качество.

По мнению Жислина, хронические алкоголики — это лица, испытывающие потребность к опохмелению, лишение которых алкоголя вызывает синдром похмелья.

Как видно из всего изложенного, содержание, вкладываемое Крепелиным, Блейлером, Бонгеффером в понятие «хронический алкоголизм», страдает расплывчатостью и недостаточной четкостью. Конкретным является определение хронического алкоголизма, предложенное Жислиным, однако и оно не может нас удовлетворить вследствие того, что встречается немало хронических алкоголиков, не испытывающих потребности в опохмелении, у которых абстинентные явления не выражены или носят рудиментарный характер.

Хроническими алкоголиками следует считать лиц, испытывающих болезненное влечение к алкоголю, у которых, вслед-

ствие длительного злоупотребления алкогольными напитками, появляются психические и соматические расстройства различной интенсивности, вначале обратимые, имеющие функциональный характер, но постепенно переходящие в необратимые органические расстройства.

Хронический алкоголизм имеет процессуальное течение. Наблюдаются случаи с благоприятным течением, излечимые и трудно излечимые случаи, а также рецидивы болезни.

Известный интерес представляют экспериментальные исследования, касающиеся продолжительности действия средних доз алкоголя на психическую деятельность.

Испытуемые выпивали натошак в один прием 80—100 г алкоголя, а затем через определенный промежуток времени производился ряд исследований. Например, исследовалась ассоциативная деятельность, заучивались наизусть стихотворения, цифры, проводились счетные операции, вдевание нитки в иголку и т. д.

На основании многочисленных исследований установлено, что 80—100 г алкоголя, принятые натошак, отрицательно влияют на психические функции в течение 12—24 часов, а иногда даже 48 часов, в зависимости от индивидуальных свойств личности, тонкости и сложности испытания.

Позднее действие алкоголя субъективно ощущается по-разному, в зависимости от количества принятого алкоголя и от индивидуальных свойств испытуемого. Часть испытуемых после приема 80 г алкоголя не отмечала снижения работоспособности; другие лица, принявшие 40 г алкоголя, указывали, что работоспособность нарушается на 5 часов. Некоторые экспериментаторы, испытывавшие влияние средних доз алкоголя лично на себе, отмечали его отрицательное действие в течение 18—36 часов, ощущая затруднение во время занятий, а также снижение работоспособности при специальных экспериментальных исследованиях. Если средняя доза алкоголя в 80—100 г принималась не сразу, а в течение некоторого времени, в 2—3 приема, то это на эксперименте существенно не отражалось; сила и продолжительность действия алкоголя были почти одинаковыми в обоих случаях. Решающим является общее количество выпитого алкоголя.

Срок отрицательного действия алкоголя несколько сокращается лишь тогда, когда после приема алкоголя съедают что-либо или принимают его не натошак. Еда ослабляет действие алкоголя.

Если учесть, что 80—100 г алкоголя обычно действуют 24 часа и больше, то лица, выпивающие ежедневно по 0,5 л виноградного вина крепостью 16° или 1,5—2 л пива, или 200 г 40% водки, находятся в состоянии хронической алкогольной интоксикации. Вследствие создающегося привыкания к алкоголю, уже через несколько недель регулярного его потребления

отрицательное влияние алкоголя снижается. Вначале отмечается незначительное повышение окисления алкоголя в крови и более быстрое освобождение от него организма, хотя при определении алкоголя в крови у привыкших и не привыкших к нему значительной разницы не обнаруживается. Наряду с этим, длительное потребление алкоголя притупляет чувстви-



Рис. 1. Одутловатость лица у хронического алкоголика.

тельность мозга к нему. Однако необходимо помнить, что у всех алкоголиков рано или поздно в конце концов наступает непереносимость к алкоголю и они пьянеют от доз, которые раньше не вызывали у них даже легкого опьянения. Такая непереносимость к алкоголю может быть объяснена нарушением обмена веществ, недостаточным окислением алкоголя вследствие нарушения функциональной способности печени, что подтверждается наличием уробилиногена в моче и изменением сахарной кривой после сахарной нагрузки, повышением билирубина в крови и т. д. Одновременно с этим отмечается повышенная чувствительность мозга к алкоголю, вызванная длительной алкогольной интоксикацией.

Клиническая картина. В легких случаях алкоголизма больные имеют здоровый, свежий вид. Подкожная жировая клетчатка у них хорошо развита. Иногда отмечается значительная

тучность (главным образом при длительном употреблении пива), лицо алкоголика становится одутловатым. Эта стадия многими авторами считается стадией ложной упитанности.

В тяжелых случаях алкоголизма часто уже внешний вид больного говорит об его заболевании. Кожные сосуды на лице, особенно вены на носу и щеках, расширяются, вследствие чего кожа приобретает красновато-цианотичный оттенок. Больные иногда бледнеют. Иногда истощение может достигать значительной степени и развивается так называемая алкогольная кахексия. Пищеварение у алкоголиков нарушается. Наши исследования 105 алкоголиков, проведенные совместно с Прядко, показали, что у 19% имеется ахилия, у 52% — кислый катарр желудка, у 20% — острый катарр желудка, у 4% — другие желудочные заболевания; лишь у 5% не было обнаружено желудочных заболеваний. У 33% больных отмечались запоры, у 11% — поносы, у 5% — то запоры, то поносы; у 51% больных патологических явлений со стороны кишечника не отмечалось. Аппетит у алкоголиков понижен или отсутствует. Обычно они в периоды обострения алкоголизма едят мало. Язык сильно обложен. Наряду с этим, отмечается раздражение миндалин, языка и гортани. Голос становится охрипшим.

При легких степенях алкоголизма наблюдаются расстройства сердечной деятельности, выражающиеся в систолическом шуме на верхушке, незначительном расширении сердца, которые исчезают после воздержания от алкоголя в течение нескольких месяцев. В тяжелых случаях алкоголизма наблюдается уже необратимое перерождение сердечной мышцы, так называемая жировая инфильтрация сердца. Подобные больные жалуются на одышку при физическом напряжении, тяжесть и тупую боль в области сердца. При малейшем напряжении пульс ускоряется. Иногда отмечается ясно выраженная дыхательная аритмия. В тяжелых случаях поражения сердечной мышцы наступает декомпенсация сердечной деятельности и т. д. Нередко наблюдается функциональное расстройство сердечной деятельности. Кровяное давление у алкоголиков в возрасте после 50 лет обычно повышено, хотя встречается немало больных и с низким кровяным давлением, особенно в период обострения алкоголизма.

Под влиянием длительного воздействия на печень алкоголя развивается гепатит вследствие гиперемии, воспалительной инфильтрации в мезенхиме и жировой инфильтрации в паренхиме. Острый алкогольный гепатит постепенно переходит в хронический и заканчивается циррозом печени (алкогольный, или атрофический, цирроз печени).

Еще раньше появления описанных выше изменений нарушается функция печени, что доказано нашими работами, исследованиями Бинсвангера, Бострема, Н. О. Богина и др.

Эти нарушения даже при хроническом алкоголизме обратимы. По выздоровлении хотя и не достигается полной нормализации физиологических процессов, но в основном функция печени восстанавливается.

Относительно поражения почек у алкоголиков взгляды расходятся. При вскрытиях находят гипертрофированную почку в 2—13% случаев.

А. А. Богомолец считал алкоголь одним из факторов, способствующих развитию рака. Отмечается причинная связь хронического алкоголизма и пеллагры, которая развивается у алкоголиков в результате расстройства питания, обеднения организма витаминами, нарушения обмена веществ и т. п.

Алкоголь является также одним из важных факторов, вызывающих невриты.

А. Б. Коленко, исследовавший 1 100 алкоголиков, находил у них изменения глазного дна в виде гиперемии соска зрительного нерва и небольшого расширения сосудов. В более поздних стадиях отмечалось побледнение височных половин соска зрительного нерва и даже атрофия его (до 12%).

У алкоголиков отмечается пониженная сопротивляемость к инфекциям. Нам неоднократно приходилось наблюдать, как грипп, занесенный кем-либо в больницу, вызывал среди находящихся в ней больных массовые заболевания с затяжным течением.

Одним из характерных признаков хронического алкоголизма является дрожание пальцев рук, которое особенно ясно выражено по утрам, до опохмеления. В тяжелых случаях дрожание бывает настолько сильным, что больной не может выполнять свою работу, если она связана с тонкими и точными движениями (часовщики и др.). Такие алкоголики вынуждены перед работой принимать алкоголь, после чего дрожание проходит. Некоторые больные могут усилием воли отчасти подавлять его. Однако этот симптом не имеет специфического значения, так как он нередко встречается и при неврозах.

Алкоголики обычно выглядят старше своих лет. Преждевременное одряхление — частый спутник алкоголизма. Тем не менее нам приходилось видеть алкоголиков, очень молодо выглядевших. Эти алкоголики инфантильны как по телосложению, так и по психическому складу. Потенция у части больных нарушается. Среди большого количества больных (у 28,4%) находили расстройство половой функции, выражавшееся в полной импотенции или *ejaculatio praecox*. Половая функция возбуждалась лишь в период опьянения, угасая в абстинентные промежутки. Половое влечение обычно повышено, особенно в начальных стадиях заболевания, и держится долго даже у лиц с угасшей потенцией.

В различных мышцах тела отмечаются подергивания и судороги. Иногда на ограниченных участках кожи отмечается

гипестезия или анестезия, особенно на нижних конечностях. В ряде случаев наблюдаются так называемые полиневритические явления. Больные испытывают парестезии, неопределенные рвущие или тупые боли в разных частях тела, главным образом в конечностях, расцениваемые нередко неправильно как ревматические. Нервные стволы чувствительны к давлению. Наряду с этим, наблюдается реакция перерождения мышц, изменения со стороны рефлексов (снижение), изредка атрофия мышц.

Одновременно с соматическими расстройствами у алкоголиков наблюдается ряд психических расстройств. Последние развиваются постепенно и в значительной мере зависят от индивидуальных свойств больного, количества, качества и характера потребления алкоголя. Экспериментально доказано, что в час окисляется не свыше 10 см³ алкоголя. Следовательно, лицо, потребляющее ежедневно 250 г водки, непрерывно находится под вредным действием алкоголя и продуктов его окисления (ацетальдегид, уксусная, муравьиная кислота, метилглиоксаль и т. д.), которые влияют, может быть, еще более пагубно, чем алкоголь.

Экспериментальные психологические исследования обнаружили даже в легких случаях алкоголизма снижение интеллектуальных функций. Восприятие внешних впечатлений носит поверхностный характер. Память в отношении пережитого и наблюдательность значительно ослабляются. Способность запоминания также ослаблена, главным образом страдает репродукция. Задания выполняются небрежно, что объясняется понижением сосредоточенности. Концентрация внимания при выполнении сложного задания ниже, чем у здоровых. Продуктивность работы также меньше, чем в норме. Среднее время реакции при исследовании свободных ассоциаций замедлено. При исследовании ассоциаций на абстрактные понятия требуется больше времени, чем у здоровых лиц. Исследование свободных ассоциаций обнаруживает поверхностность, однотонность, стереотипность ответов; преобладают ответы, в которых включаются слова «есть», «бывает», ответы в рифму, эхолалические, созвучные, многословные ответы (Светлов, Синкевич, Стрельчук). Больные быстро утомляются и часто не в состоянии разобраться в сложных вопросах. Они долгое время могут еще сравнительно хорошо справляться со своими профессиональными обязанностями и слынут хорошими работниками, но новое уже воспринимают слабо. Способность к творческой работе снижается или совсем утрачивается. Постепенно круг интересов больных суживается, теряется интерес к работе, семье, они целиком захвачены лишь своей болезненной страстью, на которой сосредоточиваются все их мысли. Другие интересы и заботы отодвигаются на задний план. Больные становятся рассеянными, забывчивыми, нередко испытывают

головные боли, физическую слабость и т. п. Они часто страдают бессонницей и, для того чтобы уснуть, на ночь обычно принимают алкоголь. Критика ослабляется. Лживость является характерной чертой многих алкоголиков. Сравнивая объективный анамнез больных с субъективным по истории болезни, мы всегда имели возможность убедиться в значительном извращении больными действительности, их крайней лживости, неправдоподобности приводимых ими фактов из своей жизни. Падение интеллекта может быть в некоторых случаях настолько значительным, что дает многим авторам право ставить вопрос о ясно выраженном алкогольном слабоумии, хотя специфичность такового оспаривается.

Л. М. Асатиани, проводившая тщательное исследование интеллектуальных функций у хронических алкоголиков, пришла к совершенно правильному выводу, что у хронических алкоголиков отмечается общая картина интеллектуального упадка, включающая расстройства всех интеллектуальных функций с преимущественным поражением внимания и памяти, причем эти расстройства выражены в средней степени. Ввиду невысокой выраженности интеллектуальных расстройств у алкоголиков, Л. М. Асатиани отрицает у них наличие алкогольного слабоумия.

Эмоциональная сфера алкоголиков претерпевает ряд характерных изменений. Вопреки описаниям старых авторов о «нравственном огрубении», «этическом вырождении», «приглушении более тонких чувств» необходимо отметить, что эта характеристика в том виде, как это указано, неверна. Алкоголик может очень тонко чувствовать плохое и хорошее. Он способен проявлять отзывчивость, добросердечность, чуткость и благородство, но, наряду с этим, алкоголики в состоянии опьянения могут быть грубыми, бесчеловечными, циничными, жестокими, особенно в своей семье. Больные, которые слышат на службе и кажутся врачам вежливыми, скромными, отзывчивыми, высококультурными людьми, в семье проявляют себя совершенно в другом свете.

Для иллюстрации приведем выдержку из письма жены алкоголика, имеющего высшее образование, внешне гуманного, культурного человека, который зарекомендовал себя в лечебнице и среди больных как чуткий, отзывчивый, внимательный товарищ. Жена его пишет: «Поверьте, доктор, я измучилась с ним. Шесть лет ежедневно я вижу его пьяным. Когда он бывает пьян, то обращается со мной ужасно грубо, можно сказать, по-зверски. Он выгоняет меня ночью из дома в мороз буквально в одной сорочке и запирает двери. Бьет меня кулаками по голове и лицу. Швыряет в меня чем попало: палками, камнями, молотками, ножами и грозит убить. Этот ужас я вижу ежедневно, когда он бывает со мной. Но должна сказать, что когда он не пьет, тогда он прекрасный человек».

В период воздержания от алкоголя часть этих людей, казавшихся во время болезни грубыми, бездушными, безрассуд-

ными, значительно изменяется в положительную сторону, проявляя заботу о семье, интерес к работе, иногда даже повышенную работоспособность, почему и существует мнение о многих алкоголиках, что они являются прекрасными работниками, когда не пьют.

Параллельно с этим имеются группы алкоголиков, которые склонны впитывать все дурное, перенимающие из своего окружения все отрицательное. Грубость у этих лиц переходит в привычку.

Приведем письмо сестры больного А., страдавшего тяжелым хроническим алкоголизмом, характеризующее поведение подобного рода лиц.

«Мы, мать и сестра больного А., просим главного врача лечебницы выдать нам справку о состоянии здоровья больного, так как совместное проживание с ним семьи становится невозможным. Посему мы вынуждены просить соответствующие органы об его изолировании. Если он окажется психически больным, то его должны поместить в соответствующий санаторий или колонию; если же он окажется нормальным, мы подадим в суд за его хулиганские поступки и за истязание семьи. В последнее время он угрожает нам и в трезвом виде, а при запое он приводит свои угрозы в действие. Меня и мать он принимался бить три раза. Мать душил, и я ее отбила. Сколько бы он ни пил, все время ругается, кричит, бросает вещи, стучит к нам в двери, обзывает площадными именами и непристойно ругается. Ходит по квартире голышом, оправляется в комнате на пол. Угрожает поджечь квартиру, убить нас, выбросить с балкона. Так как комнаты у нас смежные, то мы вынуждены сидеть взаперти, часто без обеда. Помимо нас, в квартире живут еще две семьи, и они тоже не имеют покоя».

Наряду с этим, имеются лица с инфантильной психикой, которые бывают крайне раздражительны, капризны, малорассудительны. Особенно резко это бросается в глаза в лечебном учреждении. Часто отказ таким больным в свидании с родственниками или отпуске в город вызывает у них слезы, плач, нарекания, возбуждение, требование выписки, грубость, дерзость в отношении персонала, вскоре сменяющиеся смирением, просьбами о прощении, бесконечными извинениями.

С. М. Родионов указывает, что некоторые алкоголики отличаются наивностью суждения. Эта наивность суждения и рассуждений во многом напоминает детскую психику. И. Н. Маркусевиц считает, что алкоголь, введенный в организм хронических алкоголиков, выявляет характерную для них черту — психический инфантилизм, обусловленный параличом задерживающих центров. Аффективная сфера у алкоголиков неустойчива. У них отмечается резкая смена чувств, аффективная окраска всех переживаний повышена. Алкоголик может убиваться тем горем, в которое он вверг свою семью, тяжело переживать семейные и служебные неприятности, проливать слезы над своей «плачевной судьбой», но тут же, буквально через несколько минут, за кружкой пива или стопкой водки будет веселиться, петь песни, шутить. Наряду с этим, если его

расстроят, он может впасть в ярость, бить посуду, ломать мебель, наносить оскорбления словами и действием. Алкоголики могут логично рассуждать, строить планы, вносить много как будто полезных предложений, но новое усваивают с трудом или совершенно не воспринимают. В конце концов вся их показная деловитость оказывается пустой болтовней. Обычно они придерживаются старой, привычной для них рутины. Эйфорическая окраска аффективности позволяет больному не замечать того зла, которое причиняет как ему, так и его семье его пьянство. Больные крайне легкомысленны, поверхностно смотрят на жизнь, подчас совершенно не замечая своего морального падения. Алкогольная эйфория держится долго, даже в стенах лечебного учреждения в первые 2—3 месяца воздержания от алкоголя, сменяясь крайней раздражительностью и пониженным настроением. Больные начинают разбираться в своем положении. Алкогольная эйфория и легкомысленность многих алкоголиков — один из факторов, вызывающих у них рецидивы. Алкоголики, находясь даже в крайне тяжелом положении, отличаются своим тщеславием. Они хвастаются своей работоспособностью, количеством романов, своими пьяными похождениями. Особенно это заметно в закрытом лечебном учреждении. Больные бравируют перед своими соседями огромными количествами выпиваемого ими вина, смакуют разные сорта водок, наливок, ликеров, вин. Отражается это и в снах больных. Больным снится, что они покупают вино, воруют его, пьянствуют и т. п. Впоследствии, после серьезного психотерапевтического лечения сроком не менее одного месяца, изменяется и содержание снов. Больным снится, что они угощают вином, но сами не пьют, что их угощают, но они отказываются от вина. Подобные сны являются благоприятным прогностическим признаком. Одной из характерных черт алкоголиков является их слабование, которое также зиждется в основном на неустойчивости аффектов. Это слабование прежде всего сказывается в отношении их болезненной страсти к алкоголю. Несмотря на сохранный интеллект и подчас ясное понимание размеров зла, которое они причиняют себе алкоголем, они целиком на поводе у своей страсти, делаясь безвольными рабами алкоголя. Прогуливая на производстве или являясь на работу в пьяном виде, они дают торжественную клятву администрации и общественным организациям исправиться, но буквально через два дня нарушают свою клятву. Выдержка у них отсутствует. Они легко меняют работу. Мы знаем много случаев, когда алкоголики в течение года меняли до десятка мест, а нередко меняли и профессию. Способность суждения у больных ослаблена, они живут настоящим, не заглядывая в будущее. Поступки и стремления алкоголиков лишены всякого постоянства вследствие неустойчивости аффектов.

Алкогольный юмор мы, наряду с другими авторами, трактуем как специфическую черту алкоголиков. Крепелин даже в алкогольном опьянении видит зачатки алкогольного юмора. Другие авторы не считают эту черту специфической для алкоголиков, относя ее за счет их характерологических особенностей. Алкоголь, по мнению этих авторов, будто бы играет лишь роль фактора, заостряющего индивидуальные черты характера.

Одним из важных симптомов алкогольной деградации является потеря импульса к работе. В таких случаях алкоголики

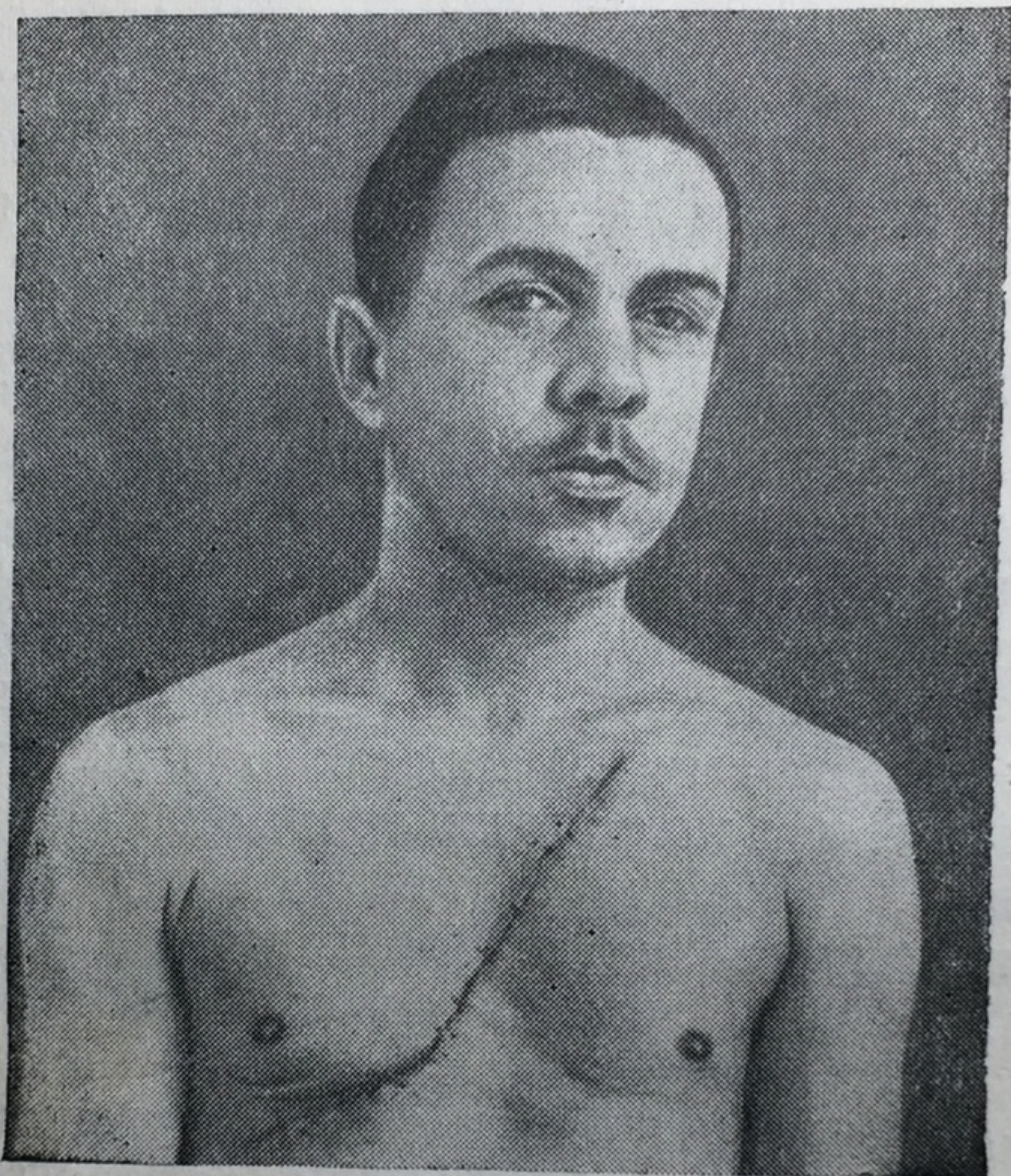


Рис. 2. Рана, нанесенная себе больным хроническим алкоголизмом при суицидальной попытке.

работать не хотят; их тяготит даже случайная работа. Они пропивают все свое имущество, затем переходят на иждивение жен, родственников или просят милостыню, а иногда совершают и антисоциальные поступки с целью добыть средства на вино. Подобные больные стремятся попасть в психиатрические больницы, санатории, специальные лечебницы. По выписке из санатория нередко наступает рецидив; больные попадают вновь в лечебницу, а оттуда в колонию и т. д. Психиатрическая больница их не тяготит, и они всякими путями стремятся пробыть в ней подольше, часто симулируя галлюцинации, соматические заболевания и т. д.

Блейер считает, что «сильная аффективность при неясном мышлении порождает у алкоголиков болезненную склонность все относить к себе», что служит одним из факторов алко-

гольного недоверия. Больным кажется, что если они идут по улице, все на них смотрят, указывают на них пальцами, говорят: «Вот прошел алкоголик, пьяница». Кто-то хочет схватить их сзади, кто-то за ними гонится. Больным думается, что они — лишние люди, хуже всех. Настроение при этом пониженное. Зачастую у таких больных возникают суицидальные мысли, нередко завершающиеся самоубийством. Мы у 11,4% лечившихся у нас больных отмечали суицидальные попытки и у 25% — суицидальные мысли. Суицидальные попытки совершались главным образом в состоянии опьянения и похмелья.

Одним из важнейших синдромов в клинике алкоголизма Жислин считает абстинентный синдром, в основном сводящийся к ряду вегетативно-неврологических симптомов: вестибулярным расстройствам, потливости, дрожанию, явлениям со стороны сердца и т. п. Параллельно с этим отмечается ряд серьезных изменений в психической сфере, выражающихся в страстном влечении к опохмелению, в тревожно-параноидной установке мышления больного с тенденцией к обильным несистематизированным идеям отношения, в депрессивном фоне настроения, расстройстве сна и специфических сновидениях, носящих авантюрный характер и приближающихся к белогорячечным переживаниям. Наши многочисленные данные целиком подтверждают описанную картину.

А. Л. Эпштейн большое значение в клинике алкоголизма уделяет агрипническому синдрому, считая его важнейшим патофизиологическим моментом, который знаменует собой переход от латентного периода к открыто развивающемуся психотическому процессу.

У некоторых алкоголиков возникает болезненная ревность к жене. Если такой алкоголик случайно встретит свою жену с кем-либо из мужчин, у него сейчас же возникает представление, что жена ему изменяет с этим человеком. Он начинает следить за женой, проверяет ее белье, постельные принадлежности. Случайно измятая постель дает ему повод думать о якобы имевшей место измене. Постепенно развивается бред ревности пьяниц. Вследствие галлюцинаций, алкоголик при своем приходе слышит удаляющиеся шаги. Постепенно он убеждается, что жена имеет много связей, изменяет ему с первым попавшимся мужчиной, соседями по квартире, сослуживцами по работе, даже с родными братьями. Дети его похожи на «любовников» жены. В щелочку, наблюдая за женой, он видит, как она предается бесстыдному разврату с одним или многими мужчинами. Он слышит голос жены, хвастающейся своими любовными похождениями, своим знанием искусства любви. Жене наносятся оскорбления, делаются угрозы, предупреждения: «исправиться — или смерть». Над женами совершают жестокие насилия, их избивают, выгоняют из дома,

беспрестанно следят за ними, учиняют скандалы воображаемым любовникам, в связи с чем, уходя из дому, запирают жен в комнате на ключ. Беспрестанная слежка, побои, издевательства над женами делают совместную жизнь невозможной и приводят к разводам. Иногда такие больные могут совершить тяжелые насилия и даже убийство.

При соответствующем лечении бред ревности обычно проходит или ослабевает через 6—10 недель. Однако при дифференциальной диагностике следует учитывать, что бред ревности может наблюдаться и у истериков или психически больных вне зависимости от алкоголя. Бред ревности алкоголиков можно объяснить таким образом. Повышенная вначале половая способность у больного постепенно угасает, вплоть до импотенции, половое влечение же остается попрежнему повышенным. Больной, вследствие своего пьянства, делается жене безразличным, а зачастую внушает даже отвращение. Между женой и мужем устанавливаются холодные отношения, которые больной, вследствие его подозрительности, неправильно истолковывает как охлаждение жены, вызванное любовью к другим, что создает благоприятную почву для бредовой интерпретации.

Крепелин, А. С. Липманович и С. И. Субботник считают алкоголь одним из важных факторов в развитии артериосклероза мозга. Из всех больных артериосклерозом мозга, которых пришлось наблюдать Крепелину, 71,5% оказались мужчинами, причем 47% из них были алкоголиками. И. В. Давыдовский, напротив, не видит в алкоголе фактора, вызывающего артериосклероз.

У большого числа алкоголиков наблюдается описанная М. О. Гуревичем вазопатическая церебрастения, в основе которой лежит нарушение сосудистой иннервации. Синдром вазопатической церебрастении выражается в сосудистых изменениях в виде лабильности вазомоторов, приливов крови к голове, головных болей, головокружения, неустойчивости при закрытых глазах, а зачастую также в повышении кровяного давления, держащегося в умеренных границах. Наряду с этим, отмечается повышенная утомляемость, ослабление памяти, быстрая истощаемость, нетерпеливость, слабодушие. Вазопатическая церебрастения является обратимым синдромом. Все указанные явления после лишения больных алкоголя и соответствующего лечения смягчаются или исчезают совсем, что указывает на отсутствие здесь органической основы.

Учение М. О. Гуревича о вазопатической церебрастении разрешает те противоречия, которые существуют и поныне между клиницистами, указывающими на развитие раннего артериосклероза у алкоголиков, и патологоанатомами, подчеркивающими, что артериосклероз мозга у алкоголиков встречается не так часто. Вазопатическая церебрастения дает кли-

ническую картину, сходную с начальной формой артериосклероза мозга, но не обнаруживается существующими патолого-анатомическими методами исследования. Вследствие наличия клинической симптоматики, сходной с начальными степенями артериосклероза мозга, многие клиницисты неправильно толкуют ее как ранний склероз сосудов мозга. Однако в более пожилом возрасте у алкоголиков, потребляющих алкоголь в течение многих лет, появляются необратимые сосудистые расстройства в виде артериосклероза мозга, что следует иметь в виду.

Мы находили у многих алкоголиков неврастенический синдром, который являлся следствием алкоголизма (а отчасти и его причиной). На первый план при этом выступает эмоциональная неустойчивость. Больные крайне раздражительны, не могут себя сдерживать, нервничают и расстраиваются до слез из-за пустяков. Отмечается легкая возбудимость, повышенная утомляемость, рассеянность, раздражительность. Память и работоспособность у больных понижаются, настроение становится неустойчивым или пониженным. Сон поверхностный, тревожный, нередко сопровождается кошмарными сновидениями.

Наряду с этим имеются функциональные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы — сердцебиение, субъективно неприятные ощущения в области сердца, нечистые тоны сердца с акцентом на втором тоне легочной артерии, легкая возбудимость вазомоторов. Часто наблюдаются расстройства половой сферы в виде *ejaculatio praecox* или полной импотенции при повышенном половом влечении. Со стороны желудочно-кишечного тракта наблюдаются неприятные ощущения и боли в области желудка, отрыжка, усиленное газообразование, расстройство желудочной секреции и т. п. Наряду с этим, отмечается головная боль, болезненные ощущения в различных частях тела, склонность к ипохондрическим идеям. Характерной чертой таких больных является фармакофилия — любовь к лекарствам и лечению. Подобные больные осаждают врачей; не удовлетворяясь амбулаторным лечением, требуют направления в специальные учреждения и санатории и т. п., причем обязательно на длительный срок. В стационарах они возмущаются, если им назначается мало процедур. Они требуют у врачей хоть какого-нибудь лекарства или процедуры, высказывают бесчисленное число жалоб и крайне недовольны, если врачи их часто не осматривают.

Неврастенический синдром проходил постепенно лишь после соответствующего лечения и длительного воздержания от алкоголя.

Среди алкоголиков можно выделить еще одну группу, где на первый план выступает астения; у больных отмечается упадок физических и психических сил, повышенная утомляемость, вялость, затруднения при осуществлении актов, тре-

бующих активного напряжения, вялость с тенденцией к сонливости, тревожно-мнительный характер, склонность к ипохондрическим и навязчивым состояниям, значительное понижение работоспособности. При длительной алкогольной интоксикации к астении присоединяется депрессия, тоска, появляются суицидальные мысли. Больным все кажется бесцветным, поблекшим, ими овладевает отчаяние, тоска и страх. Выражение лица становится печальным, страдальческим. Мышление заторможено, движения замедлены, совершаются с известными усилиями. Иногда больные, находящиеся в таком состоянии, совершают суицидальные попытки. Этот астено-депрессивный синдром в течение 1—2 недель после лишения больных алкоголя претерпевает обратное развитие: тоска, отчаяние, а также суицидальные мысли проходят, длительное время сохраняется лишь астения. Подобные больные принимают алкоголь для того, чтобы повысить работоспособность, стимулировать себя, избавиться от неуверенности, употребляя алкоголь как «лекарство», стимулятор, без которого они чувствуют себя ни к чему не пригодными.

Правильное лечение, в частности, длительным прерывистым сном с последующим назначением стимуляторов в виде фенамина, перветина, восстанавливает здоровье таких больных.

Наконец, следует упомянуть о реактивной форме алкоголизма. Больные в этих случаях прибегают к алкоголю как к источнику забвения в случае тяжелой психической травмы: пьют «с горя» (смерть близких, развод, несчастная любовь, тяжелые семейные и служебные конфликты). Получая при употреблении алкоголя облегчения душевных страданий, они вначале прибегают к нему как к лекарству, «которое облегчает тоску», не могут без него работать, спать и в конце концов становятся алкоголиками. Для примера приведем истории болезни.

1. Больной Б., 40 лет, поступил в клинику с жалобами на головные боли, страхи, предчувствие чего-то страшного, тревогу, беспокойство, болезненное влечение к вину. Дед со стороны матери алкоголик. Больной родился третьим по счету, в срок. Был болезненным ребенком, которого постоянно лечили врачи и деревенские знахари. В детстве испытывал сильные головные боли. Рос робким, застенчивым, боялся детей. Летом часами просиживал один, забившись в дальний угол сада, а зимой никуда не отлучался из дому. Когда спрашивали, что с ним, отвечал: «Ничего, так, досадно». Чтобы развеселить ребенка, вызвать у него подъем, взрослые давали ему деньги на конфеты, орехи, но все это не помогало. В 11-летнем возрасте заболел дифтерией, которая протекала очень тяжело. Восьми лет поступил в школу, учился хорошо. Окончил рабфак и два курса Литературного института. В юношеские годы избегал людей; когда было тоскливо, пробовал сближаться с ними, но при этом возникали нараставшие конфликты, в основе которых лежал какой-нибудь пустяк. В силу неуживчивости больного окружающие, возможно, действительно относились к нему не вполне хорошо. Сквозь всю жизнь больного проходит боязнь общества. В 1935 г., принимая ванну в Кисловодске, сильно испугался: больному показалось, что санитар на него посмотрел «зверскими глазами». Больной выскочил из ванны, так

как был убежден, что санитар хочет его убить, и убежал к себе в палату. Часто бывало так, что вдруг какой-нибудь человек начинал внушать подозрение. Шаги за его спиной также казались подозрительными. Мерещилось, что обгоняющий человек непременно ударит его по голове. Это ощущение бывало настолько острым, что больной ускорял шаг, чтобы не дать возможность подозрительному прохожему нагнать себя. Однако наблюдались такие периоды, когда легко думалось, ощущался подъем, легко давалась всякая работа. Подобные периоды бывали то кратковременными, то длились до 3 месяцев. С 17 лет попал в «богемствующую среду»; подражая старшим, приучился там пить виноградное вино. Позже начал пить почти систематически. Пил для того, чтобы стать более развязным, более общительным и разговорчивым, избавиться от заторможенности. Считал, что не сделает ни одного серьезного дела, пока не выпьет. Систематически начал употреблять алкоголь с 1926 г., выпивая в день по 0,5—1 л водки. Постепенно выносливость к вину стала уменьшаться. В настоящее время пьянеет от небольших доз. В состоянии опьянения груб, возбужден, на другой день не помнит, что он делал в пьяном виде. Абстинентный синдром с 1930 г. Во время похмелья испытывал сильную слабость, дрожание конечностей; казалось, что о нем говорят, насмеваются над ним, боялся показаться на глаза людям, чувствовал, что у него останавливается сердце и наступает смерть. Жалел, что так мало сделал, «на полдороге останавливается», считал, что с ним все кончено. Неоднократно лечился. В больнице был первый раз в 1931 г., не пил после этого 3 года, затем вновь начал пить и попадал в больницу повторно несколько раз, причем ремиссии длились 1—2 года. Страх смерти бывает и в настоящее время, когда он пьет длительный срок. Однажды увидел, что к окну комнаты подошел инвалид и хочет разбить костылем окно (даже замахнулся). Больной в страхе закричал. На крик прибежала жена, но никого не обнаружила. Иногда во время работы ловил себя на том, что забыл самое обыкновенное слово или имя близкого человека; тогда у него появлялось жуткое чувство страха, что он сходит с ума, и он переживал почти физическое ощущение, «что мозги испаряются». Страх утратить рассудок был настолько силен, что больной становился растерянным, испытывал сердцебиение. Бросал в это время работу и уходил туда, где есть люди. Среди людей страх быстро исчезал. Иногда испытывал непреодолимое желание совершить что-либо нелепое, например, в метро дернуть ручку тормоза, а поэтому вблизи тормозов не становился. Однажды, будучи на концерте в клубе, слушал прекрасную певицу, скрипача и вдруг захотелось завывать. Больной понимал недопустимость такого поступка, но тем не менее чувствовал, что это сделает, и вынужден был убежать из клуба. Однажды, будучи на приеме у крупного работника, когда тот проходил мимо, испытывал сильное желание подставить ему ножку и т. д.

У больного бывает двойное состояние: состояние подъема, взлета, взвинченности и состояние падения, упадка сил и энергии. В периоды подъема жизнь кажется ярким солнечным днем. Даже люди кажутся милее и лучше. В такие периоды оптимистически смотрит на жизнь. Идеи отношения не появляются даже в мыслях, не бывает страхов, навязчивых идей. Больной самоуверен, настойчив, упорен. Такое состояние подъема длится 2—3 недели и сменяется полным упадком сил, тоской. Больному в это время кажется, что он «исписался» и больше строчки не напишет. Весь мир полон недоброжелателями, завистниками. В такое время не появляется никаких мыслей, но если с трудом преодолеет себя, то написанная работа получается крайне плохой. Больного все время тянет в кровать; засыпает, просыпается и вновь засыпает. Жизнь становится противной, все постыло, ничто не радует, ни о чем не хочется думать. Появляется мысль о самоубийстве; вначале она промелькнет в голове, как тень от небольшого облака, а потом становится более назойливой. Начинает обдумывать способы самоубийства—удушиться или повеситься, какая смерть легче, испытывал желание выброситься из окна, считая эту смерть легкой

и быстрой. Одновременно он с этими мыслями борется. Состояние угнетения длится от нескольких дней до месяца, чаще всего 1—2 недели. Тоска появляется сразу, достигает наивысшей степени в первые дни, затем постепенно смягчается и проходит. Для поднятия настроения в такие периоды больной обычно прибегает к водке, а в последнее время и к фенамину.

Физическое состояние: больной среднего роста, ослабленного питания, диспластического телосложения. Отмечаются глуховатые тоны сердца. Легкие в норме. Желудочно-кишечный тракт без особых отклонений. Симптомов органического поражения нервной системы не отмечается.

Психическое состояние: сознание ясное, ориентирован правильно. Настроение колеблется почти закономерно: то бывает тоска, то появляется подъем, причем настроение может меняться даже в течение дня. Стоит больного чем-либо расстроить, как появляется тоска, раздражительность. Раздражительность настолько большая, что временами даже теряет самообладание, впадает в ярость, может в это время наругать, поссориться даже с хорошими приятелями. Испытывает различные страхи: страх смерти, страх совершить что-либо нелепое, страх сойти с ума. Считает, что с ним случится что-то ужасное, что все окружающие враждебно настроены, устраивают ему «разные гадости». В этой среде нужно быть всегда на чеку, «держат ухом остро». Зрительные галлюцинации отрицает. Слуховые галлюцинации в виде окликов. Иногда слышит запах гари. Испытывает болезненное влечение к алкоголю, особенно в периоды пониженного настроения. Когда выпьет, становится «легче на душе», уменьшается раздражительность.

Как видно из вышеприведенной истории болезни, алкоголизм у больного Б. развился под влиянием расстройства настроения. Алкоголь принимался для того, чтобы устранить заторможенность и, как говорит больной, чтобы сделаться «более общительным и разговорчивым», а также для поднятия пониженного настроения. Большую роль в развитии алкоголизма у больного Б. сыграла неблагоприятная среда, в которой он находился. В настоящее время после проведенного лечения больной спиртных напитков не употребляет и продуктивно работает.

2. Больной Т., 35 лет, поступил в клиническую больницу повторно с жалобами на болезненное влечение к алкоголю и суицидальные мысли. По словам больного хотел повеситься, чтобы «избавить всех от пьяницы».

Отец больного алкоголик, умер 47 лет от грудной жабы. Дед по линии отца также алкоголик. Больной родился недоношенным (8 месяцев). Рос слабым, болезненным ребенком. Девяти лет поступил в школу, учился отлично, окончил девятилетку и три курса в Электротехническом институте. Самостоятельно работает с 27-летнего возраста формовщиком, электромонтером, прорабом, начальником цеха. Болеет дважды корью, воспалением легких, тифом, эндокардитом, гонорреей. Злоупотреблять алкоголем начал с 1937 г. после смерти отца, утрату которого тяжело переживал, испытывая при этом сильную тоску. Пропил все имущество, оставленное отцом. Вначале пил в компании, затем один. В марте 1938 г. появились зрительные галлюцинации: видел кроликов, зайцев, которые ему подмаргивали, махали ушами. Вначале это забавляло, затем сделалось страшно, бросал в них бутылками, испытывал страх, казалось, что его арестуют, не спал. По поводу этой психотической вспышки лечился в клинической больнице на ул. Радио в течение 2 месяцев и один месяц в санатории «Медное»; после этого не пил 4 года. В 1941 г.

начал пить пиво; в течение 1941—1942 гг. соблюдал будто бы умеренность в потреблении спиртных напитков, считал себя вылечившимся. Однако в 1943 г. вновь начал злоупотреблять алкоголем, по поводу чего был стационарирован повторно; не пил после лечения в больнице 5 месяцев. В 1945 г. стационарировался в психиатрической больнице дважды, после чего была кратковременная ремиссия по 2—2½ месяца. В 1946 г. стационарной была ремиссия. Всегда пьет с горя или после расстройства. Абстинентный синдром с 1937 г. Интолерантность к алкоголю появилась с 1943 г., амнестическая форма опьянения—с 1944 г.

Физическое состояние: ниже среднего роста, атлетического телосложения. Слизистые розовые; глуховатые тоны сердца, границы которого расширены влево на один палец.

Неврологическое состояние: зрачки равномерны, хорошо реагируют на свет, конвергенцию и аккомодацию; пателлярные рефлексy и рефлексy ахилловых сухожилий отсутствуют.

Психическое состояние: сознание ясное, легко вступает в контакт, пытается всегда чем-либо услужить, помочь. Лабильность эмоциональной сферы. Настроение подавленное. Суицидальные мысли. Круг интересов несколько сужен. Память ослаблена. Обманов чувств нет. Критика сохранена. Бредовых идей не высказывает.

В данном случае имеет место реактивная форма алкоголизма. Больной Т. начал пить после смерти любимого отца, утрату которого крайне тяжело переживал. Проведенное лечение дало благоприятные результаты; с 1946 г. больной не употребляет алкогольных напитков, повысил свою квалификацию, работает начальником цеха.

Обмен веществ. В выраженных случаях хронического алкоголизма мы отмечаем понижение гемоглобина, уменьшение количества эритроцитов до 3 000 000 — 3 500 000, лейкопению, сменяющуюся в период абстиненции гиперлейкоцитозом, увеличение количества юных и палочкоядерных лейкоцитов. В тяжелых случаях алкоголизма встречаются миелоциты. РОЭ вначале замедлена, затем резко повышается (Зуков, Стрельчук). Значительно нарушается углеводный обмен, вследствие чего происходит неполное сгорание жира, ведущее к увеличению фосфатидов и изменению холестерина обмена.

Функция печени у алкоголиков нарушается, но после лишения больных алкоголя постепенно нормализуется. Существенные изменения отличаются также со стороны электролитов. Содержание калия повышается, кальция — понижается; уменьшается также количество NaCl и хлора. Отмечается сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза. Газовый состав крови нарушается, она обедняется кислородом. Количество углекислоты, наоборот, повышается. Сахарная нагрузка дает высокую гипергликемическую кривую. Уровень сахара в крови отличается крайней лабильностью, диапазон его колебаний весьма значителен — от высоких границ нормы до крайне низких ее пределов. Особенно резкие изменения сахарной кривой отмечаются при изучении суточных колебаний содержания сахара. Значительный их размах у алкоголиков, повидимому, тесно связан с эмоциональной неустойчивостью,

а также с нарушением деятельности полжелудочной железы и печени, что особенно заметно при функциональном испытании печени и поджелудочной железы с помощью сахарной нагрузки.

Значительно нарушается витаминный обмен. Содержание витамина С уменьшается. Снижается и количество витамина В₁, особенно при алкогольных полиневритах, а также витамина РР, недостаток которого обуславливает склонность алкоголиков к заболеванию пеллагрой.

Содержание холестерина у большинства алкоголиков снижено. Остаточный азот держится в высоких пределах нормы или незначительно повышен. Количество билирубина почти во всех случаях тяжелого хронического алкоголизма повышено, в легких же случаях не отмечается отклонений от нормы. В тяжелых случаях наблюдается уробилиногенурия. Содержание каталазы понижено. Водный баланс нарушен вследствие расстройства функции печени. На пробу с нагрузкой почек алкоголики реагируют как больные с нарушением липоидного обмена. Изучению обмена веществ в динамическом разрезе посвящен ряд обстоятельных работ, указывающих, что хронический алкоголизм вызывает нарушение углеводного, жирового, белкового, электролитного обмена и др. При воздержании от алкоголя обмен веществ нормализуется в сроки от месяца до года.

В тяжелых случаях алкоголизма окисление алкоголя замедляется, а также повышается чувствительность мозга к нему. Значительно возрастающая выносливость к спиртным напиткам, наблюдаемая у многих алкоголиков, объясняется быстрым окислением алкоголя, а также притуплением чувствительности мозга к нему.

Течение и психопатология рецидивов хронического алкоголизма

Рассматривая хронический алкоголизм в динамике, мы отмечаем ряд клинических особенностей, по которым можно судить о тяжести этого заболевания.

В начале заболевания, хотя таковое иногда крайне трудно установить, алкоголики испытывают лишь болезненное влечение к алкогольным напиткам. При малейшем поводе они напиваются допьяна. Они не мыслят себе приятного времяпрепровождения или отдыха без алкоголя. Вначале это бывает по праздникам, выходным дням, затем уже в часы, свободные от работы. Часто эти больные ищут забвения в алкоголе при неприятностях и жизненных невзгодах. Но они, пока, как говорят, «знают меру». Работоспособность долго не нарушается, а если снижается, то незначительно. Деграция отсутствует. У большинства больных отмечаются лишь явления неврасте-

нического или астенического синдрома. Такие больные не считают себя алкоголиками и возмущаются, если их называют таковыми.

При известном усилии воли больные еще могут владеть собой и прекращать прием алкогольных напитков. Иногда достаточно уже авторитетного указания врача на вред алкоголя, чтобы больной бросил пить на тот или иной срок. Многие называют этих больных привычными алкоголиками.

Второй этап в клинике алкоголизма — появление абстинентного синдрома. Явления абстиненции, по мнению Жислина, возникают быстро, в каких-нибудь 2—3 недели, обычно после предшествовавших алкогольных эксцессов или постепенно. У некоторых алкоголиков синдром абстиненции установить не удается. Жислин считает, что появление похмелья нередко видоизменяет течение алкоголизма в сторону дипсомании. Переход привычного пьянства в запойное подчеркивали еще старые авторы (Рыбаков и Суханов).

Однако такая трактовка дипсомании, как нам кажется, не соответствует действительности, такую форму алкоголизма следует считать не истинной дипсоманией, а псевдодипсоманией, являющейся лишь обострением хронического алкоголизма, на что указывали и Мендельсон, Рапопорт и др.

Псевдодипсомания существенно отличается от истинной дипсомании. Необходимо отметить, что расстройства настроения при псевдодипсомании весьма часто отсутствуют, тогда как при дипсомании они всегда налицо. Отмечаются также случаи перехода запойного пьянства в систематическое.

Наконец, третьим этапом в клинике алкоголизма является возникновение невыносливости к алкоголю и изменение характера опьянения.

Еще старые авторы отмечали, что хронические алкоголики совсем перестают переносить алкоголь и пьянеют от ничтожного его количества. Такая невыносливость, повидимому, обусловливается дегенерацией мозга, тяжелым нарушением обмена веществ, а также окисления алкоголя. Вначале у больных в состоянии опьянения отмечается частичное нарушение сознания, они забывают отдельные эпизоды. В последующем наблюдается своеобразное нарушение сознания при опьянении и амнезии периода, однако ориентировка не нарушается. Больные могут вспомнить, когда и где они начали пить, но что с ними было — они не помнят. Наряду с этим, больные, бывшие в состоянии опьянения веселыми, эйфоричными, шутниками, плясунами, становятся грубыми, злобными, агрессивными, склонными к патологическим аффектам. Эта форма опьянения по своей симптоматике приближается к патологическому опьянению. Наряду с алкогольными эксцессами, у алкоголиков могут наступать спонтанно либо после лечения ремиссии или даже полное излечение. В период ремиссии

алкоголик не пьет и не испытывает болезненного влечения к вину.

Нередко в этом периоде больные испытывают даже отвращение к алкоголю. Однако у преобладающего большинства таких больных навсегда сохраняется готовность к рецидиву болезни, причем провоцирующим агентом, вызывающим рецидив, опять-таки является алкоголь.

Нам приходилось наблюдать алкоголиков, у которых даже после 10-летней ремиссии наступали рецидивы алкоголизма буквально от первой рюмки вина. Заглохшее влечение к алкоголю вновь проявляется с неудержимой силой даже после незначительного его количества.

Вопрос о рецидивах у алкоголиков представляет большой научный и практический интерес, но он почти не изучен. Специальных исследований по этому вопросу в доступной нам литературе мы не встречали. Наши клинические наблюдения показывают, что алкоголики не могут употреблять алкогольные напитки в умеренном количестве. Даже небольшая доза алкоголя способна вновь вызвать болезненное влечение к нему, которое было заторможено во время длительного воздержания.

У большинства больных возникают ремиссии после лечения, самостоятельно или при наличии соответствующей ситуации. Длительность этих ремиссий колеблется от нескольких недель до нескольких лет. Влечение к алкоголю в этом периоде переходит в латентную форму, ничем не проявляясь или проявляясь во сне. Больным снится, что они покупают спиртные напитки, продают их, или же они видят себя пьяными; иногда им снится, что их угощают алкогольными напитками, но они отказываются. Через 1—2 месяца такие сны уже не повторяются.

Несмотря на длительность ремиссии, продолжающейся иногда десятки лет, достаточно алкоголику выпить вина хотя бы один раз, как у него вновь появляется болезненная страсть к алкоголю; по большей части рецидив бывает настолько тяжелый, что больные становятся неработоспособными; они пьют до тех пор, пока их не изолируют дома или в больнице.

Мы изучали рецидивы у алкоголиков после длительных ремиссий, а также провели соответствующие экспериментальные исследования на больных, не употреблявших алкоголя долгие сроки и не испытывавших к нему влечения, с целью выяснить патофизиологию рецидивов, т. е. действительно ли принятый алкогольный напиток вызывает вновь болезненное влечение к алкоголю. Для этой цели мы больным, не испытывавшим влечения к алкоголю, вводили алкоголь через желудочный зонд непосредственно в желудок или внутривенно.

Для иллюстрации приведем несколько историй болезни и протоколы экспериментов.

Больной Н., 62 лет, поступил в больницу по поводу рецидива алкоголизма после 12-летнего воздержания от алкоголя. Больной развивался нормально. Восемь лет был ушиблен копытом лошади, потерял сознание на несколько часов. Самостоятельно работает с 17 лет. Женился 19 лет. С 1903 г. работает на почте и телеграфе в разных должностях. До заболевания был общительным, ни с кем не ссорился, избегал скандалов. Всегда был трудолюбивым, старательным, мягким, добродушным. Пить начал с 25 лет. Вначале пил случайно, но с 30 лет стал злоупотреблять алкоголем. Абстинентный синдром с этого же времени Амнестическая форма опьянения с 32 лет. В возрасте 33 лет больной перенес белую горячку, после которой развился хронический галлюциноз, продолжающийся до настоящего времени.

Физическое состояние: больной среднего роста, удовлетворительного питания, диспластического телосложения, выглядит значительно моложе своих лет. Глухие тоны сердца. Зрачки и зрачковые реакции в норме. Сухожильные и кожные рефлексы без особенностей. Реакция Вассермана и другие серологические реакции отрицательные.

Психическое состояние: сознание ясное, наплыв слуховых галлюцинаций. К своим галлюцинациям привык, до некоторой степени сознает, что это галлюцинации.

На новый год после 12-летней ремиссии пришел к товарищу. Товарищ угостил вином—неудобно было отказаться. Выпил одну рюмку, затем вторую, почувствовал сильное желание выпить, напился допьяна и не помнит, как был доставлен домой. Пил подряд 2 недели, почти ничего не ел. Был доставлен в больницу, где находился в течение месяца. После этого наступила ремиссия, которая длилась год, но вновь кто-то угостил вином, выпил рюмку, не мог больше владеть собой и запил, испытывая непреодолимое влечение к алкоголю. Пил в течение 5 дней, был повторно положен в больницу на 10 дней, после чего не пьет свыше 7 лет.

Интерес данного случая заключается в том, что, несмотря на 12-летнюю ремиссию, у больного вновь после первой же рюмки выпитого вина появилась болезненная страсть к вину; вспыхнув с неудержимой силой, она проявилась настолько бурно, что больной беспробудно пил в течение 2 недель. Больной стал нетрудоспособным, не выходил на работу.

В период злоупотребления алкоголем слуховые галлюцинации значительно ослабели, но, когда прекращалось действие алкоголя, галлюцинации вновь обострялись.

Больной Г., 48 лет. Родился в срок. Развивался нормально, учился хорошо. После окончания 3 классов поступил на производство, работал до 20-летнего возраста. Затем учился в консерватории в течение 4 лет. Работал в театре Зимина, затем перешел на эстраду в качестве певца. Половой жизнью живет с 18 лет. Женился 25 лет.

Злоупотреблять алкоголем начал с 1927 г. В день выпивал 1 л водки. В 1928 г. два раза лежал в психиатрической больнице по поводу белой горячки. После беседы с врачом прекратил пить и не пил до 1930 г. За это время совершенно не испытывал болезненного влечения к вину, угощал лишь других. После 2-летнего воздержания выпил случайно, полагая, что может пить вино нормально. Сразу же после того как выпил первую рюмку, сильно потянуло к вину, пил подряд 6 дней и был помещен в психиатрическую больницу им. Соловьева, где лежал 2 месяца. По выходе из больницы не пил водки несколько месяцев. Из-за личных неприятностей снова начал злоупотреблять вином и опять был помещен в больницу. После выписки из больницы в 1937 г. не пил вина совсем до 24 мая 1940 г. В это время испытывал даже отвращение к вину. Иногда лишь снилось, как пьют другие и его угощают. После таких снов чув-

ствовал себя нехорошо. В мае 1940 г. случились неприятности на работе. Пошел в ресторан с товарищами, выпил вначале бокал вина, затем сильно потянуло к вину, выпил 800 г водки и две бутылки красного вина. С этого дня начал пить регулярно, выпивая в день до 1 л водки, потерял трудоспособность, все время лежал в кровати. Ничего не ел, только пил водку и воду. Сон был тяжелый, с кошмарами. Даже во сне видел себя пьющим. Пил до тех пор, пока вновь не был помещен в больницу для алкоголиков.

В данном случае рецидив алкоголизма наступил без всякого расстройства настроения после трехлетней ремиссии.

Трем больным, находившимся в больнице длительные сроки и не испытывавшим болезненного влечения к вину, мы вводили в желудок алкоголь в замаскированном виде. Цель этих экспериментов заключалась в том, чтобы выяснить, имеются ли психологические причины рецидива алкоголизма или же алкоголь действительно растормаживает заглухшее болезненное влечение к нему. Некоторые авторы считают, что рецидив у алкоголиков наступает вследствие тяжелого душевного конфликта в связи с нарушением указания врача о воздержании от алкоголя.

Для того чтобы больные не знали, что им вводится, мы окрашивали алкоголь метиленовой синькой; в некоторых же случаях алкоголь вводили в чистом виде. Алкоголь вводился непосредственно в желудок через зонд, причем воронка располагалась на расстоянии 0,75 м от лица больного, чтобы больные не ощущали запаха алкоголя. Больным при этом говорили, что им вводится лекарство и чтобы они сообщали обо всех ощущениях после введения этого лекарства. Как правило, мы у всех таких больных отмечали появление болезненного влечения к вину буквально через несколько минут после того, как алкоголь вводился в желудок через зонд.

Больной Л., 48 лет, находился в больнице с 11/XI 1940 г. по поводу хронического алкогольного галлюциноза. Влечение к алкоголю исчезло еще в начале декабря 1940 г.

Завтракал в 8 часов утра. Через желудочный зонд введено в 10 часов 43 минуты 70 г водки, после чего больному предложено прополоскать рот кипяченой водой. Вскоре больной заявляет: «Чувствую какое-то разогревание». Слуховые галлюцинации усилились. Голоса начинают ругать. «Что же это они делают?». Больной оживился, лицо гиперемировано, выступила испарина. Чувствует себя «как после 100 г водки». «Настроение, как у выпившего». По пищеводу «отдает как бы горьковатым привкусом». Через 2 минуты после введения водки в желудок больной стал испытывать сильное желание выпить вина. Галлюцинации слуха ослабели. Больной слышит: «Они влили ему какого-то спирта, это мы знаем». Пискливый голос говорит: «Не слушай ты никого, надо говорить чистую правду».

Через 22 минуты после введения в желудок алкоголя, как перед выпивкой, «сосест в области желудка и пищевода». Голоса очень далеко, как будто напевают под свист; «хотя голоса тихие, но разборчивые». Считает, что он пьяный, «голоса, как после градусов». Чувствует согревание головы.

Больной оживленно жестикулирует, многоречив, много говорит о себе. Мысленно поет песню, а голоса за ним подтягивают.

Интерес данного случая в том, что у больного после 2 месяцев пребывания в больнице алкоголь, введенный непосредственно в желудок, вызвал вновь болезненное влечение к вину, которое в процессе лечения было уже заторможено.

Больной Ч., 27 лет, находился в больнице по поводу хронического алкоголизма. После двухмесячного пребывания в больнице, когда у больного совершенно исчезло влечение к алкоголю, было введено через желудочный зонд 60 г водки. Через 5 минут больной стал испытывать головокружение, чувство сосания подложечкой и желание выпить вина; ощущает теплоту в голове и желудке. Сделался веселее, «как будто выпил 100 г водки». Желание выпить быстро нарастало — «хотя бы стопку выпить», «если был бы на воле, то обязательно бы выпил». Через четверть часа настроение хорошее. Сосет подложечкой. Желание выпить настолько сильное, что его трудно преодолеть. Через час сосать подложечкой перестало. Желание выпить вино ослабело. Самочувствие хорошее. Небольшая слабость и боль в затылочной области.

Больной О., 48 лет, поступил в больницу 10/V 1941 г. по поводу обострения хронического алкоголизма. Больной поступает в больницу двенадцатый раз, ремиссии после лечения кратковременные (3—6 месяцев). Злоупотребляет алкоголем с 20 лет. Пьет «все, что попало», «все, что содержит алкоголь». В пьяном виде добродушен, поет песни. Интолерантен к алкоголю. Несколько раз болел белой горячкой. Испытывает болезненную ревность к жене, полагая, что она сожительствует со всеми больными и мужским медицинским персоналом больницы.

Физическое состояние: больной очень слаб, лицо бледное. Язык обложен. Тоны сердца глухие. Пульс 80 ударов в минуту, слабого наполнения. Печень болезненна, живот втянут. Зрачки широкие, вяло реагируют на свет. Сухожильные рефлексы повышены. Резко выражен тремор пальцев рук.

Психическое состояние: сознание ясное, ориентирован. Обманов чувств нет; болезненная ревность к жене; лабильность эмоциональной сферы, память снижена; болезненное влечение к алкоголю, бессонница, тревога.

Через 14 дней после поступления в больницу состояние больного значительно улучшилось. Сон стал нормальным, исчезла болезненная ревность к жене. Влечение к алкоголю прошло. Больной физически окреп. 28/V (через 18 дней после поступления в больницу) больному в 12 часов 55 минут введено через желудочный зонд 30 г водки. Через 5 минут больной почувствовал теплоту в желудке — вроде опьянения, «как будто выпил большую дозу кофеина», заболела голова в области затылка. В желудке и пищеводе «сделалось тепло и хорошо». «Хочется быть молодым, лет двадцати».

Через 10 минут после введения алкоголя у больного появилось непреодолимое влечение к алкоголю; он просит дать ему выпить чего-либо спиртного, хотя бы денатурату.

На вопрос, не хочет ли он молока, больной заявляет: «противно, вырвет», «молока не хочется, а вина хочется». В 13 часов 15 минут начал плакать, заявляя: «Нам, алкоголикам, не верят, а нас надо жалеть». На вопрос, почему он плачет, заявляет: «Это болезнь, а в нее не верят, все от нас отказываются, а мы страдаем».

В 13 часов 20 минут состояние больного начало улучшаться. В 13 часов 30 минут его отвели в палату, где он вскоре уснул. После непродолжительного сна испытывал уже не такое интенсивное влечение к вину.

Аналогичные результаты мы получали и при внутривенном введении алкоголя.

На основании изложенного мы считаем, что алкоголики дают патологическую реакцию на введенный алкоголь. Уже небольшая доза алкоголя вызывает болезненное влечение к нему. Даже после длительной ремиссии (свыше 12 лет) может наступить рецидив алкоголизма. Болезненное влечение к алкоголю возникает и тогда, когда алкоголь вводится больным непосредственно в желудок через зонд или внутривенно. Это объясняется тем, что алкоголь оживляет патологические условные связи (вкус, вид и запах вина, воздействие непосредственно через центральную нервную систему и т. п.), которые были заторможены. Ввиду того что у алкоголиков появляется болезненная страсть к алкоголю после приема даже небольших его доз и возврат алкоголизма, несмотря на длительность ремиссии, таким больным необходимо в течение всей жизни воздерживаться от употребления алкогольных напитков, даже в небольших дозах.

Исключительно редко встречаются алкоголики, которые не дают подобной реакции на алкоголь и употребляют его известное время нечасто, не испытывая после приема даже больших доз алкоголя болезненного влечения к нему; однако рано или поздно у них наступает рецидив хронического алкоголизма.

Прогноз и катамнез

Многие исследователи относятся пессимистически к лечению алкоголиков, считая прогноз в таких случаях неблагоприятным. Однако проверенные исследования указывают, что прогноз при алкоголизме может быть вполне благоприятным, несмотря на частые рецидивы заболевания, которые наблюдаются при любой тяжелой хронической болезни.

Отдаленные результаты лечения алкоголиков почти не изучались. Имеющиеся в литературе отчеты некоторых частных лечебных учреждений для алкоголиков, показывающие высокий процент излечений, требуют критического к ним подхода, ибо для этих учреждений рекламный момент играл не последнюю роль.

Гальперин считает, что даже амбулаторное лечение алкоголиков может давать благоприятный результат, т. е. стойкое излечение, длящееся годами, в 3—5%.

Рыбаков, изучавший материал Московской психиатрической клиники, где с 1895 по 1901 г. лечилось 54 алкоголика в течение срока от одного до семи месяцев, собрал катамнез лишь у 26 человек; из них 14 человек поступили в клинику вторично, а у остальных также имел место рецидив. Таким образом, у 100% больных, о которых имелись сведения, после лечения в клинике, вновь наступил рецидив. Такой плохой результат Рыбаков объясняет тем, что срок пребывания больных в клинике был недостаточным.

Мазур, основываясь на данных московских диспансеров, отмечает стойкое излечение на протяжении 1—3 лет у 10% алкоголиков.

Рапопорт на 200 катамнестически прослеженных больных констатировал у 15,5% ремиссию, длившуюся не менее 1½ лет.

Рыбаков полагал, что результаты стационарного лечения мало утешительны, и склонялся к тому, что алкоголиков следует лечить лишь одним гипнозом «на ходу», «амбулаторно». Применяя гипноз, он добился ремиссий сроком не менее чем на один год почти у 40% алкоголиков, считая эту цифру минимальным показателем процента излечимости алкоголиков. При продолжении лечения гипнозом в течение одного года этот процент, по мнению Рыбакова, должен сильно увеличиться. Другие авторы, применявшие исключительно гипнотерапию, получили следующие результаты: Карачагин из 26 алкоголиков у 10 (38,5%) добился излечения сроком на 1—10 лет. Успенский из 30 алкоголиков у 16 (53,3%) наблюдал выздоровление, длившееся от 1 года до 4 лет; Токарский, лечивший 600 алкоголиков, считал излеченными около 75%.

Наиболее оптимистические выводы сделал Абрамович, который считает, что при продолжительном лечении гипнозом (сроком не менее одного года) можно излечить почти каждого алкоголика.

Сравнивая результаты лечения у разных авторов, мы получаем самые разноречивые данные, причем разница между некоторыми из них превышает 90%. Разница эта обусловливается следующими обстоятельствами: высокий процент излечений в некоторых частных лечебных учреждениях приводился, весьма возможно, с чисто рекламной целью, чтобы этим повысить приток больных в санаторий или амбулаторию. Критерий «излечение», «полное выздоровление» и т. п. трактуется не везде одинаково, и не всегда одинаковая продолжительность срока воздержания от алкоголя принимается за критерий излечения. Вполне понятно, что врачи, считающие излечившимися тех больных, которые не употребляли алкоголя всего несколько недель или месяцев по выходе из лечебного учреждения или по окончании срока амбулаторного лечения, получают значительно больший процент так называемых «излечений», чем врачи, критерием излечения у которых служит срок воздержания от алкоголя от одного года до нескольких лет.

Не у всех больных было заболевание одинаковой тяжести. Нет сомнения, что в более легких случаях алкоголизма — без психопатии, тяжелой алкогольной дегенерации, инвалидизации мозга разного рода вредностями (травма, возрастные факторы, сифилис и т. п.) — лечение будет более успешным, чем при тяжелом осложненном алкоголизме.

Весьма важную роль в судьбе лечившегося алкоголика играет среда, в которую он возвращается, а также дальнейшее внебольничное наблюдение.

Серьезную роль играет также авторитет врача. Несомненно, что у высококвалифицированных врачей-психиатров, знакомых со спецификой и методами лечения алкоголизма, результат лечения будет значительно лучший, чем у менее опытных врачей.

Нами проведено катamnестическое обследование 1 000 алкоголиков, лечившихся 10—18 лет назад (1930—1936) в Московской невро-психиатрической больнице. Лечение длилось в среднем 1—1½ месяца. Применялась психотерапия, вдвания кислорода, инъекции мышьяка, стрихнина, физиотерапия, трудотерапия и т. п. У большинства больных был тяжелый алкоголизм. Многие из них долгие годы находились на учете в диспансерах и лечились, но безуспешно. Эти больные, несмотря на тяжелую болезнь, большей частью продолжали работать, хотя и совершали прогулы, меняли место работы и т. п. На лечение они поступали через диспансеры, непосредственно из дома. Лишь около 2% этих больных было инвалидами, уже не работавшими, хотя инвалидность они получали не по поводу алкоголизма, а из-за других заболеваний, сопутствовавших алкоголизму (артериосклероз мозга, тяжелые соматические заболевания и т. п.).

В группе больных, где нам удалось собрать катamnестические сведения, у 298 человек ремиссия длилась свыше года. Если мы примем за критерий выздоровления срок воздержания от алкоголя в течение года, то увидим, что, несмотря на сравнительно короткий срок лечения (1—1½ месяца), удалось добиться хороших результатов у довольно значительной части этих больных (29,8%). Какова же дальнейшая судьба этих 298 больных, у которых ремиссия продолжалась свыше года? В последующем у большинства из них все же наступил рецидив. Однако 40 человек (4%) совершенно не употребляли алкогольных напитков более 10 лет, вплоть до дня катamnестического обследования. Необходимо будет обстоятельно исследовать в дальнейшем эту немногочисленную группу алкоголиков, которая как будто излечилась окончательно.

Следует отметить, что у многих больных, которых стационарировали повторно, вновь наблюдались стойкие ремиссии. Поэтому весьма важно подобных больных при рецидиве алкоголизма немедленно стационарировать хотя бы на короткий срок.

У больных второй группы, хотя и менее многочисленной, включавшей 225 человек (22,5%), ремиссия длилась меньше года.

Рецидив наступил вскоре после выписки из больницы у 36 человек (3,6%). Необходимо отметить, что у части больных после проведенного лечения отмечалось изменение тече-

ния алкоголизма: заболевание не прогрессировало, а, наоборот, имело тенденцию к улучшению, трудоспособность не нарушалась. Таких больных оказалось 90 человек (9%).

Согласно экспериментальным исследованиям, имеющимся в литературе, 7—8 см³ алкоголя на 1 кг веса вызывают тяжелое отравление. Указывается, что летальная доза алкоголя у человека при хроническом алкоголизме может превышать обычную на 30—40%. Очевидно, при постепенном привыкании к алкоголю больные могут переносить без видимых тяжелых последствий даже большие его дозы. Нам известно много случаев, когда суточное количество выпиваемой водки равнялось 2—3 л. Эта повышенная выносливость к алкоголю основана, повидимому, на более быстром сгорании алкоголя в организме, на ускоренном выведении его, а главным образом на повышенной иммунности тканей к алкоголю. Однако прием больших доз алкоголя (1—3 л) без должной адаптации, т. е. постепенного привыкания к нему, может вести к тяжелому отравлению и смерти. Мы наблюдали несколько случаев смертельного отравления алкоголем у больных, которые по выписке из больницы, отвыкнув от алкоголя, сразу начинали принимать те же большие дозы алкоголя (1—3 л), к которым они привыкали постепенно.

Рецидивы алкоголизма у большинства протекают тяжело. Больные испытывают трудно преодолимое влечение к алкоголю и поглощают его в больших количествах. В такие дни они почти ничего не едят. При отсутствии водки они пьют алкогольные суррогаты. Во время рецидива больные, вследствие тяжелой алкогольной интоксикации, теряют трудоспособность, совершают прогулы. Иногда острое отравление алкоголем приводит к смерти.

В случаях тяжелого рецидива алкоголизма весьма важно срочно стационаризовать больных хотя бы на несколько дней. После такого кратковременного стационарирования у многих больных вновь наступает ремиссия, длящаяся от нескольких месяцев до нескольких лет. Изоляция этих больных и соответствующее лечение на дому могут способствовать купированию рецидива алкоголизма.

Отражается ли длительность употребления алкоголя на прогнозе? Большинство излеченных алкоголиков употребляло алкоголь в среднем от 10 до 25 лет; очевидно, что длительность алкогольной интоксикации еще не является критерием для плохого прогноза, как и короткий срок злоупотребления алкоголем не может служить опорным пунктом в этом вопросе. Казалось бы, что у лиц, употреблявших алкоголь всего несколько месяцев или 1—2 года, мы вправе были бы ожидать хороших результатов после стационарного лечения. Однако на практике это далеко не всегда так. Среди излеченных алкоголиков, имевших длительные ремиссии, встречалось не-

много больных с недлительной алкогольной интоксикацией, хотя среди алкоголиков, лечившихся в больнице, было около 5% таких больных. Среди описанной группы не встречалось больных, у которых алкоголизм сочетался бы с психическими заболеваниями — шизофренией, циркулярным психозом, эпилепсией и т. п. За небольшим исключением у всех излеченных алкоголиков были неосложненные формы хронического алкоголизма. Исключением являлись травматик, составлявшие около 10% в группе больных, у которых лечение дало положительные результаты.

Для иллюстрации приведем краткие выписки из историй болезни выздоровевших алкоголиков, не употреблявших алкоголя свыше 10 лет.

1. Больной Б., 40 лет, рабочий химического завода, поступил в больницу с жалобами на сильную тоску, пугливость, страхи и болезненное влечение к алкоголю. Больной воспитывался в крестьянской семье. Перенес сыпной тиф, свинцовое и мышьяковое отравление. В возрасте 13 лет уехал в город, работал в разных мастерских. С 1913 г. по настоящее время работает на фармацевтическом заводе. После отравления свинцом и мышьяком были парезы конечностей и запоры. Женат, детей не имеет. Жена больного алкоголика, так же как и соседи по квартире. Больной начал пить вино с 24 лет. С 25-летнего возраста пьет ежедневно. Лечился по поводу алкоголизма в наркодиспансере, но после 4 инъекций стрихнина бросил лечиться «из-за боязни уколов».

Максимальные перерывы в потреблении алкоголя — 6 дней. Лежал несколько дней в психиатрической больнице им. Кащенко (по поводу алкоголизма), по выписке из нее вскоре запил. В пьяном виде быстро засыпает. Хмелеет постепенно. Пьет ежедневно по 1 л водки. Опохмеляется утром, выпивая 0,5 л водки, без этого не может работать. В состоянии похмелья отмечается отсутствие аппетита, слабость, потливость, тоскливое настроение. В пьяном виде иногда бывали обморочные состояния. Пропивал домашние вещи.

Больной приветлив, общителен, хороший товарищ, веселый, легко сходится с людьми. В пьяном виде груб, раздражителен, злобен, мрачен, упрям, придирчив, иногда дерется.

Больной находился в больнице с 12/VII по 9/VIII 1930 г., т. е. 28 дней. За этот период у него выровнялось настроение, восстановился сон, аппетит, исчезло болезненное влечение к алкоголю. По выписке из больницы, с 9/VIII 1930 г. по настоящее время, больной не пьет. Ведет большую общественную работу.

Данный случай весьма показателен в том отношении, что, несмотря на неблагоприятное окружение, алкоголизм жены и соседей по квартире, а также сравнительную тяжесть своего заболевания, больной вполне излечился и не употребляет алкоголя больше 18 лет.

2. Больной С., 38 лет, грузчик, поступил в больницу с явлениями белой горячки. При поступлении зрительные галлюцинации (мелкие животные), дезориентирован в окружающем, ориентировка сохранена лишь в отношении своей личности. Сильный тремор рук, страх, бессонница. Через 3 дня после поступления в больницу делириозные явления прошли. Больной рос и развивался нормально. Учился 2½ года. С 12 лет служил в городе мальчиком в магазинах, а затем рабочим. С 1915 по 1917 г. был на фронте. В 1917 г. болел воспалением легких.

Начал пить вино с 18 лет, приучили пить сослуживцы. Вначале пил изредка, с перерывами до 2 лет. С 1914 по 1922 г. не пил вина совершенно. Последние два года пьет ежедневно. Пьет водку, самогон, денатурат, политуру и другие суррогаты от 0,5 до 1 л в день. Быстро пьянеет и тут же засыпает. В состоянии похмелья страх, бессонница, плохое самочувствие, отсутствие аппетита, физическая слабость. «Мучает совесть, что пью, надоела такая жизнь». Хочет бросить пить, но мешает компания.

Больной среднего роста, правильного телосложения, ослабленного питания. Зрачки равномерны, реакция на свет живая, сухожильные рефлексы нормальные. Положительный симптом Ромберга. Сильный тремор век и рук. Эмоционально неустойчив, слабодушен. Снижение внимания и памяти. Понижение импульса к труду. Обманов чувств и бредовых идей нет.

Больной находился в больнице почти 2 месяца. За это время значительно окреп. Исчезли галлюцинации, восстановился сон и аппетит. Влечение к алкоголю прошло. Настроение стало хорошим, жизнерадостным.

Диагноз — белая горячка у хронического алкоголика.

Катамнез: больной со дня выписки из больницы, т. е. 18 лет, не пьет, последнее время даже бросил курить.

3. Больной С., 37 лет, резальщик, развивался нормально, учился хорошо. Окончил сельскую школу. Перенес корь, скарлатину, малярию. Жил в деревне до 11 лет. Отец был крестьянин-бедняк. С 12 лет больной работал самостоятельно. С 1914 по 1921 г. находился на военной службе, в 1917 г. был контужен. Последние годы работает в типографии. Начал пить вино с 23 лет. Сильно злоупотребляет алкоголем последние 6 лет. Пьет ежедневно по 1 л водки. В состоянии опьянения спокоен, никого не затрагивает, уединяется, быстро засыпает. Опохмеляется в течение последних 2—3 лет. В больницу поступил через наркодиспансер.

Больной среднего роста, атлетического телосложения, удовлетворительного питания. В легких сухие хрипы. Отмечается эмоциональная неустойчивость, повышенная нервность, раздражительный, психотических явлений не наблюдается. Характер веселый, общительный, периодами наступает дисфория, длящаяся несколько дней. Умеренное ослабление памяти. За время пребывания в больнице больной значительно окреп.

Выписан через 40 дней после поступления, в хорошем состоянии.

Катамнез: в течение всего периода, т. е. больше 17 лет, больной совершенно не пьет, повысил свою квалификацию и работает в настоящее время мастером-штамповщиком.

Таким образом, несмотря на неблагоприятный анамнез (контузия), эмоциональную неустойчивость, дисфорию и сравнительную тяжесть алкоголизма, лечение дало хорошие результаты.

Резюмируя все изложенное, можно отметить, что тяжесть алкоголизма, нездоровая среда и плохие бытовые условия не могут еще служить достаточным критерием при постановке прогноза, и не всегда он бывает у подобных больных плохим.

Описанные нами больные как будто не подавали надежды на излечение, однако они дали стойкую ремиссию. Видимо, это объясняется тем, что у больных имелась установка на лечение и твердое решение покончить со своим болезненным влечением.

Очевидно, искреннее и твердое желание больных излечиться является благоприятным фактором, сказывающимся на дальнейшей судьбе алкоголика. Еще Рыбаков говорил:

«Помещение пьяницы в лечебницу, если только он не душевнобольной, никоим образом не должно носить принудительного порядка». С этим, конечно, нельзя не согласиться, исключая отдельных больных, а также социально опасных алкоголиков, лечение которых должно проводиться в принудительном порядке.

Мы наблюдали, что в тех случаях, когда больных помещали в больницу вопреки их желанию, по настоянию родственников и т. д., получались обычно неутешительные результаты, и это вполне понятно, ибо основной метод лечения алкоголиков — психотерапевтическое воздействие на больного на основе хорошего интимного контакта.

Наконец, приведу еще пример, где, несмотря на безуспешность стационарного лечения в первый раз, наступило стойкое излечение после второго стационарирования в той же больнице.

Больной С., 32 лет, рабочий, поступил в первый раз в больницу 3/VII 1930 г. с жалобами на подавленное настроение, гипнагогические галлюцинации. Поступил в больницу по собственному желанию.

Родился в крестьянской семье среднего достатка. Развивался нормально. В детстве «был озорным, ни в чем никому не давал спуска». Окончил сельскую школу в 9-летнем возрасте. Десяти лет был отдан в учение к кустарю-стеклодуву, где работал 3 года. Пить начал с 16-летнего возраста, употребляя суррогаты алкоголя в небольшом количестве. С 1925 г. стал пить по любому поводу: в получку, праздники, выходные дни и т. п., главным образом в компании по вечерам, после работы. С начала 1930 г. пьет ежедневно по 0,5 л водки и немного пива. В состоянии опьянения груб, злобен, ругается, придирчив, пьянеет постепенно, долго не может спать. В состоянии похмелья плохое самочувствие, физическая слабость, потеря аппетита.

Больной среднего роста, ослабленного питания. Отмечается асимметрия лица. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Левая носогубная складка сглажена. Зрачки равномерны, реакция на свет хорошая. Сухожильные рефлексы резко повышены. Тремор век и рук.

Больной приветлив, хороший товарищ, веселый, общительный, легко сходится с людьми, но долго не уживается. Галлюцинации и припадки отрицает. Грубых нарушений интеллекта нет. Эмоционально неустойчив.

Находился в больнице с 3/VI по 20/VII 1930 г. Выписан в хорошем состоянии. Через 1½ месяца после выписки из больницы вновь стал пить. Вначале пил умеренно, затем стал ежедневно злоупотреблять алкоголем.

Поступил в больницу повторно 20/X 1933 г. и лечился до 1/XI того же года — всего лишь 11 дней. С тех пор не употребляет алкогольных напитков 14 лет.

На данном примере видно, что плохой результат лечения, полученный в первый раз, не может служить основанием для плохого прогноза в дальнейшем. Повторное стационарное лечение во многих случаях может дать хороший результат, в чем мы убеждались неоднократно.

Трудно излечиваются, повидимому, только те алкоголики, у которых имеется тяжелая алкогольная деградация.

Значительный интерес представляет летальность у алкоголиков. Мы изучили причины летальности у 164 больных, страдавших хроническим алкоголизмом.

Непосредственной причиной смерти были следующие заболевания: острое отравление алкоголем — в 40 случаях, туберкулез легких — в 20, болезни сердца — в 16, воспаление легких — в 44, рак — в 4, кровоизлияние в мозг — в 4, другие болезни — в 5 случаях. Причиной смерти 21 больного были несчастные случаи.

Как видно из приведенных данных, летальность среди алкоголиков имеет свои особенности. Чаще всего они умирали от воспаления легких, острого отравления алкоголем, туберкулеза, болезни сердца.

Заболевания, не имеющие непосредственного отношения к алкоголизму, протекают у алкоголиков тяжелее, чем у непьющих, что неудивительно. Экспериментальными опытами на животных доказано, что под влиянием малых и средних доз алкоголя способность к фагоцитозу понижается. Длительная алкогольная интоксикация ведет к уменьшению количества лейкоцитов и отрицательно влияет на защитную реакцию организма.

Иногда можно встретить случаи, когда при длительном злоупотреблении алкоголем не поражается ни один важный для жизни орган. Такие алкоголики могут доживать до глубокой старости.

Обращает на себя внимание значительная летальность среди алкоголиков от воспаления легких. Повидимому, это обстоятельство объясняется главным образом слабостью сердца, которое у большинства алкоголиков изменено. Почти у 80% алкоголиков, по нашим данным, было обнаружено расширение сердца и миокардиодистрофия.

В изученной нами группе умерших имела место тяжелая форма хронического алкоголизма. Почти все больные (104 человека) потребляли большие дозы алкоголя (водки) — от 1 до 3 л в день, и лишь значительное меньшинство пило от 0,5 до 1 л.

Результаты лечения этих больных представляются в следующем виде: немедленно после выписки из больницы наступил рецидив у 21 человека (свыше 20%), а у 49 человек (около 50%) наблюдалась ремиссия от 3 месяцев до одного года; у 33 человек не удалось установить результаты лечения.

Как показали наши данные, больные с тяжелыми формами алкоголизма, не поддающимися излечению или давшие после лечения короткую ремиссию, нередко уже через несколько лет погибали от разного рода заболеваний или острого отравления алкоголем.

С трудом поддаются излечению деградировавшие алкоголики, на которых не влияет уже психотерапия и которые не осознают своего тяжелого положения. Однако верных критериев для прогноза мы имеем недостаточно. Нередко у алко-

голиков, которых врачи считают безнадежными, лечение дает благоприятные результаты, и, наоборот, больные, кажущиеся излечимыми, в действительности не поддаются лечению. Неизлечимые алкоголики являются тяжелым бременем для общества и семьи, деградируют, теряют семью, работу.

В капиталистических странах нередко алкоголики кончают жизнь самоубийством. Эрнст Габриель (Германия), исследовавший причины смертности алкоголиков, лечившихся в его лечебнице, установил, что около 20% из них кончало жизнь самоубийством и почти такой же процент погибал от туберкулеза и сердечно-сосудистых заболеваний. Самоубийство совершается алкоголиками в пьяном виде, в состоянии депрессии, похмелья или под влиянием психических травм.

Патологическая анатомия

При алкоголизме наблюдается помутнение и утолщение мягкой мозговой оболочки, сильнее выраженное с выпуклой стороны или вдоль сосудов. Изредка встречается геморрагический пахименингит. Часто отмечается гиперемия и отек мозга. У пожилых алкоголиков мозг уменьшается в объеме и весе, что обуславливается атрофическими процессами. У алкоголиков находили утолщение костей черепа. В центральной нервной системе, а также в периферических нервах отмечаются распространенные дегенеративные изменения. М. О. Гуревич подчеркивает, что существовавшее до последнего времени мнение, будто у алкоголиков наблюдается раннее развитие артериосклероза, не подтверждается патологоанатомическими исследованиями и что во многих случаях отмечается лишь нарушение сосудистой иннервации (вазопатия). В нервных клетках обнаруживается жировое перерождение, хронические нислевские изменения, сморщивание ядра и размножение глии. Поражение нервных клеток имеет место не только в коре, но и в подкорковых узлах, мозжечке и спинном мозгу. В стволовой части мозга и в спинном мозгу (в голевских столбах) наблюдается распад нервных волокон. Вокруг сосудов бывает значительное скопление продуктов распада. Часть нервных клеток гибнет, причем это явление наблюдается в виде островков, расположенных вокруг наиболее пораженных сосудов. В более тяжелых случаях находят мелкие кровоизлияния в коре и под эпендимой. М. О. Гуревич указывает, что «хроническому алкоголизму свойственны диффузные изменения, распространенные по всей нервной системе, и очаговые поражения (местный паренхиматозный распад, глиозные рубцы, кровоизлияния), преимущественно расположенные в определенных местах, особенно под эпендимой, на дне третьего желудочка, в сильвиевом водопроводе, а также согрога *matmillaria*. В периферических нервах отмечаются явления

неврита с распадом миэлина и разрушением осевых цилиндров. Сердце, печень и значительно реже почки подвергаются жировой инфильтрации. В желудке отмечаются воспалительные явления.

Причины и распространение алкоголизма

Свойство алкоголя вызывать у большинства людей эйфорию, поднимать настроение, заглушать тоску способствовало широкому внедрению алкоголя в быт многих народов.

Частое потребление алкогольных напитков ведет к постепенному привыканию к ним (аналогично тому, как наблюдается привыкание к табаку, морфину и т. п.).

Однако имеется немало людей, которые в течение всей своей жизни употребляют алкоголь в умеренных дозах без патологического привыкания к нему.

Еще недостаточно известны причины, почему у одних людей наступает болезненное привыкание к алкогольным напиткам, а у других такого привыкания не наблюдается. Следует лишь отметить, что среди лиц, у которых алкоголь не приводит к эйфории, а также среди лиц, у которых алкоголь вызывает плохое самочувствие, не встречается алкоголиков. Нет также алкоголиков среди лиц, тем или иным способом сенситивизированных к алкоголю.

В этом направлении интересны наблюдения проф. Равкина, который отметил, что у лиц, работающих на нитроглицериновом производстве, развивается невыносимость к алкогольным напиткам. После приема алкоголя у них появляется сильная головная боль, плохое самочувствие, неприятные ощущения в области сердца и т. п.

Алкоголиками становятся не только слабовольные, но и волевые люди в результате переоценки своих сил; они считают, что могут прекратить потребление алкоголя в любое время, но, привыкнув к алкоголю, часто бывают не в силах от него отказаться.

Некоторую роль в развитии алкоголизма могут играть нервно-психические заболевания, ведущие к быстрой утомляемости, упадку сил, расстройству настроения — депрессии или дисфории (например, травмы головного мозга, реактивные депрессии, депрессии эндогенного происхождения, астено-депрессивные синдромы различного генеза и т. п.).

Многие зарубежные авторы, исходя из спекулятивных аутогенетических теорий наследственности Вейсмана, Менделя и Моргана, основную причину алкоголизма находили в патологической алкогольной наследственности, что породило изуверское законодательство о стерилизации алкоголиков в фашистской Германии и некоторых штатах США.

Реакционные теории Вейсмана, Менделя и Моргана, тормозившие развитие биологической науки, были опровергнуты

акад. Лысенко. В своем докладе «О положении в биологической науке», сделанном на сессии Академии сельскохозяйственных наук, акад. Лысенко доказал всю несостоятельность этих теорий.

Наши исследования, проведенные в течение многих лет больше чем на 15 000 алкоголиков, показали, что наследственность у них мало чем отличается от наследственности здоровых и не имеет приписываемого ей значения в развитии алкоголизма.

Известную роль в развитии алкоголизма могут играть половые и возрастные факторы. Так, очень мало алкоголиков встречается среди женщин (в большинстве стран на 10 алкоголиков-мужчин приходится одна женщина), хотя в Англии эта разница между мужчинами и женщинами почти сглаживается.

Большинство наблюдавшихся нами алкоголиков было в возрасте от 35 до 40 лет, в возрасте же до 20 лет было лишь 0,7%. Это показывает, что советская молодежь не подвержена алкоголизму.

Исключительный подъем экономического и культурного уровня трудящихся в СССР, ликвидация безработицы, восьмичасовой рабочий день, право на труд, отдых, образование, обеспечение в старости, предоставленное Сталинской Конституцией, — все это подорвало корни социальных болезней, в том числе и алкоголизма.

В СССР алкогольная заболеваемость неуклонно снижается, и в 1948 г. число первичных обращений больных было в пять раз меньше, чем в 1940 г.

В капиталистических странах огромную роль в развитии алкоголизма играют социальные факторы, в основе которых лежит социальное неравенство и эксплуатация угнетенных классов. Постоянная угроза безработицы, тяжелый физический труд при непомерно длительном рабочем дне, плохие бытовые условия, беспросветность существования и связанное с этим тяжелое моральное состояние приводят в капиталистических странах к алкоголизму.

Блейер подчеркивает, что в Западной Европе алкоголизм представляет самое частое заболевание. В психиатрических больницах Западной Европы мужчины-алкоголики составляют от 10 до 35% больных.

Глава III

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

Исторический обзор

Хронический алкоголизм является заболеванием, излечение которого, особенно в тяжелых его степенях, подчас кажется невозможным. Тем не менее при известном умении, настойчивости и терпеливости врача, а также рациональном выборе соответствующих методов лечения можно добиться излечения или ремиссии даже в самых тяжелых случаях алкоголизма.

Приведем краткий исторический обзор лечения алкоголиков.

В отношении алкоголиков в разные времена применялись меры как репрессивного, так и лечебного воздействия, в зависимости от степени культуры и взгляда на алкоголизм общества того времени.

Китайский император Ву-Вонг в 1220 г. до нашей эры издал эдикт, согласно которому подвергались смертной казни все лица, захваченные во время попойки. Конфуций в V веке и Будда в VI веке до нашей эры категорически воспрещали потребление алкогольных напитков. В древней Индии воздержание от алкоголя считалось обязательным не только для касты браминов, но и для других сословий. Браминов, уличенных в пьянстве, заставляли пить из раскаленного металлического сосуда горячее вино, кипяток, коровью мочу или кипящее молоко до наступления смерти. Жена брамина, уличенная в пьянстве, изгонялась из дому, а на лбу ее каленым железом выжигался сосуд, из которого пили вино. Лиц, уличенных в пьянстве, поили расплавленным серебром, свинцом или медью. Магомет запрещал пить вино, подвергая нарушавшего запрет свободного человека 40 ударам палки и рабов — 80 ударам палки. Каждый римлянин имел право убить свою жену, если заставлял ее пьяной. В древней Спарте нарочно напивали рабов и показывали их юношам, чтобы внушить им страх и отвращение к вину.

В Афинах при Драконе опьяневших просто убивали. Солон сперва штрафовал архонтов за пьянство, а при вторичном пьянстве этих должностных лиц казнили. Во времена Солона

пьянство считалось в Афинах состоянием, достойным презрения. Карл Великий поступал с пьяницами следующим образом: вначале их наказывали в закрытом помещении, потом публично, а если эти средства не помогали, они подлежали казни.

В Англии когда-то существовал обычай надевать на алкоголиков ярмо, а затем водить их по главным улицам города. В Ливерпуле в XIX столетии пробовали публиковать в газетах имена и адреса алкоголиков. В некоторых местах Голландии женщин-алкоголиков крепко привязывали ремнями к сиденью, укрепленному на блоке, и три раза погружали в воду.

Был известен также способ воздействия на алкоголиков стыдом. Он состоял в том, что пьяниц, когда они захмелеют, подвергали общему посрамлению. В Англии матросов, уличенных в пьянстве, одевали в грязные одежды, вешали на них надпись «пьяница», заставляли делать черную работу.

В городе Мексико префект полиции в целях борьбы с пьяницами, валяющимися на улице и нарушающими уличное движение, после того как он испробовал все средства борьбы с ними, решил прибегнуть к «новому радикальному средству борьбы с пьяницами — кинобальзаму». По распоряжению префекта каждого пьяницу, лежащего на мостовой, а также весь процесс доставки его в вытрезвитель кинооператоры снимали на пленку. Полицейские по специальной картотеке выясняли, первично или повторно доставлялся алкоголик в участок. Если алкоголик доставлялся в участок впервые, ему после вытрезвления демонстрировали на экране звуковую кинохронику, в которой он являлся главным действующим лицом. Протрезвевший алкоголик-нарушитель видит собственную персону в пьяном виде, что, по мнению «изобретателей этого метода», достаточно, чтобы субъект, снятый в фильме, избегал впредь потребления алкоголя. Если это не помогает, то второй раз пьяницу, лежавшего на мостовой, вновь снимают в качестве главного действующего лица в кинохронике и демонстрируют этот фильм уже не только алкоголику-нарушителю, но также его знакомым и родственникам. В тех случаях, когда и эта мера воздействия не дает должного эффекта, хроникальный фильм с новыми похождениями пьяного героя демонстрируется на всех экранах мексиканской столицы. Все расходы по съемке подобных кинофильмов взыскиваются с алкоголиков-нарушителей.

Лечением алкоголиков занимались еще в глубокой древности. Многие ученые искали «философского камня», который может исцелить алкоголиков от их недуга. Лечение алкоголиков доходило просто до несуразности. Массон приводит интересные данные из найденного им сочинения Виртрунга о лечении пьянства 3½ века назад (в 1617 г.). Наряду с разнообразнейшими заболеваниями, в этом сочинении описывается и алкоголизм.

Пьянство Виртрунг считал самой ужасной болезнью после чумы. Он требовал отнятия у больного алкоголя, чтобы устранить таким образом основную причину болезни. Исходя из того, что организм насыщен алкоголем, он для его обезвреживания рекомендовал антидот в виде лимонов, горького миндаля, считая, что эти средства «оттягивают действие алко-

гольных паров от мозга». Виртунг указывает, что в древнее время для лечения пьянства надевали на голову венок из шафрана, фиалок, приписывали также целебные свойства аметисту. Виртунг относился к этим средствам скептически; он советовал вызывать у алкоголиков рвоту, вызывать сон, на голову класть компресс из огуречного сока. Наряду с этим, он рекомендовал диететическое питание — легкую пищу, цыплят, соус с лимоном и т. д.

Таким образом, еще Виртунг хотя и примитивно, но здраво подходил к лечению алкоголиков, вводя принцип немедленного отнятия алкоголя, диететического питания и вызывания рвоты при отравлении.

По утверждению Керра, один весьма маститый профессор медицины уверял, что он может искоренить влечение к алкоголю в течение одной недели при помощи турецкой бани. В качестве антидота алкоголя рекомендовалось также какао. В Германии в свое время предлагали в качестве профилактического средства против алкоголизма сырое мясо. В Англии большое значение среди радикальных средств против алкоголизма приписывали вегетарианскому питанию.

Во второй половине XIX столетия один анонимный изобретатель так анонсировал свое средство от алкоголя: «Я могу излечить от пьянства всякого больного, который явится ко мне», указывая, что его средство не только излечивает самую болезнь, но и уничтожает потребность в спиртных напитках. Таинственное средство оказалось красной хинной коркой. Этот аферист в короткий срок так сумел разрекламировать свое средство, что вскоре нажил на этом сотни тысяч рублей. Однако никому никакой пользы это средство не приносило.

Широко рекомендовался орех кола, содержащий ряд тонизирующих веществ (кофеин, теобромин). Но он скорее полезен как тонизирующее средство, не обладая никакой специфичностью. Различные настои, микстуры, порошки, предлагавшиеся всевозможными «изобретателями» в качестве «средства» от алкоголизма, обогащали лишь изобретателей этих средств. Некто Родлов за один год получил 150 000 рублей за свое «средство» против пьянства. В капиталистической России алкоголиков лечили генеральши, околоточные, монахи, попы, знахарки и разные темные лица, дававшие совет «бесплатно» и тут же за плату отпускавшие бутылочку своего снадобья от пьянства.

Видное место в лечении пьянства в конце XIX столетия отводилось так называемой «богородицкой траве», которую врач Сальватори, впервые описавший дипсоманию, применял в виде настоев (1815), давая 50 г богородицкой травы на 600 г воды. Это лекарство употреблялось по чайной ложке каждые полчаса. Болезненное влечение к алкоголю исчезало будто бы через 13 дней. Средство это не только вызывало

рвоту, но оказывало слабительное действие и усиливало диурез. Считалось, что при приеме этого средства повышается аппетит и жажда, которую утоляют кислым питьем. Иногда бсгородицкую траву настаивали не на воде, а на водке.

Флоринский рекомендовал от запоя настой полыни, корня дягиля, можжевеловых ягод. Эти настои давались больным в теплом виде без сахара по 10—15 стаканов в день. Некоторые врачи давали алкоголикам корень переступня, папоротника, копетеня, бузиной коры и др., настаиваемых на алкоголе. Другие врачи советовали подсыпать алкоголикам в водку тошнотворные и рвотные средства (ипекакуану, горечавку и др.). Гуффеланд рекомендовал давать алкоголикам водку с каплей жженого сургуча, указывая, что это приводит к исключительным результатам. Он же назначал и так называемые пилюли Гуффеланда, состоявшие из экстракта квасии, полыни и каскарилы.

Польский врач Ян считал, что лечение лимонным соком быстро вызывает отвращение к алкоголю даже у самых застарелых алкоголиков. Курс такого лечения длился 18 дней. Начинают с одного лимона и прибавляют по 1—2—5 лимонов ежедневно, доходя к 9-му дню до 25 лимонов, затем соответственно снижают с таким расчетом, чтобы к 18-му дню приходился один лимон. Как указывает Ян, при этом лечении важно, чтобы применялся только свежавыжатый лимонный сок. Если больной не может потреблять большого числа лимонов, срок лечения должен растянуться до одного месяца, и тогда ежедневно дают по 5—7 лимонов.

Испытывая метод Яна на алкоголиках, лечившихся амбулаторно, мы в некоторых случаях добивались положительного результата. Этот метод лечения не утратил интереса и поныне и заслуживает изучения и научного обоснования. Повидимому, лечение лимонным соком может дать известный успех при гиповитаминозах и авитаминозах, наблюдаемых у алкоголиков.

Заканчивая этот краткий исторический обзор, мы должны подчеркнуть, что привели в нем лишь методы, представляющие интерес в историческом аспекте.

В течение двух последних столетий аптечными фирмами и предприимчивыми дельцами выпускались на рынок многочисленные патентованные средства. Однако, едва успев появиться, они выходили из употребления. Все это говорит о том, что «специфических» и надежных средств против алкоголизма не существовало.

Современные методы лечения алкоголизма

Огромные сдвиги во всех областях медицины, происшедшие за последние десятилетия, оказали свое влияние и на методику лечения алкоголиков. Разработаны новые, научно обо-

снованные методы терапии, которые позволяют нам успешно лечить многих алкоголиков и возвращать их к производительному труду.

В большинстве случаев алкоголик не может без врачебной помощи избавиться от своего заболевания, но в редких случаях мы можем встретиться и со спонтанной ремиссией.

В зависимости от тяжести заболевания, алкоголиков можно лечить амбулаторно или в специальных больницах. При амбулаторном лечении алкоголик должен систематически посещать амбулаторию, где ему назначается специальное лечение. Основное в лечении алкоголиков — это приучить их к абсолютному и постоянному воздержанию от алкоголя. Опыт показал, что малейшее количество напитка, содержащего алкоголь, в состоянии пробудить снова влечение к алкоголю, ибо, несмотря на длительную ремиссию, оно сохраняется в течение всей жизни. При употреблении даже ничтожного количества алкоголя это влечение пробуждается с новой силой и вызывает рецидив алкоголизма. Алкоголикам нужно доказать, что жизнь возможна и без алкоголя и что в такой жизни достаточно радостей, рекомендовать им заниматься спортом, охотой, рыбной ловлей и т. п.

В более тяжелых случаях больных приходится направлять на стационарное лечение в специальные больницы. Желательно избегать принудительного помещения алкоголиков в такие учреждения. Больные должны сами убедиться, что пребывание в больнице принесет им только пользу. В тяжелых случаях приходится прибегать к принудительному лечению. Многие алкоголики начинают понимать пользу лечения лишь после длительного пребывания в больнице, а некоторые только после выписки. В больницу для алкоголиков следует направлять лиц, у которых можно предполагать хороший прогноз, хотя мы должны оговориться, что едва ли найдется еще другое такое заболевание, где так трудно определить прогноз, как при алкоголизме. Ведь почти никогда не известно, имеется ли в действительности у больного искреннее желание излечиться, и нет уверенности в том, что в процессе лечения удастся настолько укрепить волю больного, что в будущем он не начнет вновь употреблять алкоголь. Нам приходилось наблюдать в случаях, считавшихся совершенно безнадежными, благоприятный результат лечения, а в других, казавшихся благоприятными, не удавалось добиться успеха.

В больницах рекомендуется лишать больных алкоголя немедленно, не допуская никакого уменьшения доз. С опасностью возникновения белой горячки это не связано. Как показали многочисленные наблюдения и опыт специальной больницы, среди сравнительно большого количества (свыше 15 000) алкоголиков мы не наблюдали ни одного случая, когда бы возникновение алкогольного делирия можно было приписать аб-

стиненции. Согласно данным новейших исследований, белая горячка возникает вследствие тяжелого нарушения функций печени. Мы намеренно подчеркиваем безопасность немедленного отнятия алкоголя, так как этот вопрос немало дебатировался в литературе.

Специфических медикаментов против алкоголизма нет, однако предложено много средств для тонизирования и активизации организма, а также действующих снотворно, имеющих большое значение при лечении алкоголизма. Основное место в лечении алкоголизма должна занимать психотерапия, выработка условной эмоционально-отрицательной реакции на алкоголь при помощи рвотных средств или в гипнотическом состоянии. Первые дни пребывания в больнице или амбулаторного лечения рекомендуется проводить дезинтоксикацию путем назначения слабительных и мочегонных средств, соблюдать постельный режим и диету. Даются соответствующие средства, вызывающие сон, улучшающие сердечную деятельность и т. п.

В дальнейшем применяется фармакотерапия, психотерапия, физиотерапия, трудотерапия и т. п. Одновременно рекомендуется проводить и социально-профилактические мероприятия: устройство на работу (в случае потери службы, что особенно часто наблюдается у алкоголиков). Большую роль в деле лечения может сыграть семья алкоголика. Чуткость и внимание со стороны семьи к больному могут способствовать излечению алкоголизма в первоначальных стадиях. Семья должна исключить из своего употребления алкогольные напитки, установить твердый контроль над заработком больного, изолировать его от неподходящей среды и т. п. Там же, где все это не помогает, необходимо врачебное вмешательство.

В процессе лечения нужно внушать алкоголику, что он страдает от алкоголизма не случайно, что решающую роль в развитии его заболевания играет он сам. Нецелесообразно, а подчас и вредно внушать больному, что алкоголизм является болезнью: алкоголики и без того обычно пытаются под предлогом болезни освободиться от ответственности, считая себя не вольными в своих поступках, обвиняя в этом кого угодно, но только не себя. Больных нужно дисциплинировать, прививать им трудовые навыки, ибо регулярный труд, правильное и целесообразное распределение досуга больных, надлежащий режим и дисциплина создают предпосылки для успешного лечения. Алкоголики должны находиться под врачебным наблюдением в течение всей жизни, а поэтому после выписки из лечебного учреждения их следует направлять к районным психиатрам, невропатологам, которым они должны периодически показываться.

Во время лечения недостаточно отнять у алкоголика алкоголь, а нужно перевоспитать больного, искоренить болезнен-

ное влечение к алкоголю, укрепить ослабленное здоровье больного и научить его бороться с возвратом болезни. В деле борьбы с алкоголизмом немаловажную роль отводили фруктовым сиропам, не способным к брожению. Макс Фишер, настойчиво рекомендуя эти безалкогольные напитки, указывает на их питательность, благодаря содержанию в них фруктового сахара и витаминов.

Блейер и его сотрудники рекомендовали освежающий безалкогольный напиток «Nella» типа пива, имеющий богатую калорийность.

Перейдем к более детальному описанию методов фармакотерапии, психотерапии, трудотерапии и лечебного питания, применяемых в настоящее время в лечебных учреждениях для алкоголиков в Москве, а также во внебольничной сети. Вполне понятно, что нельзя выработать стандарт лечения, применимый для всех алкоголиков, — лечение каждого из них должно сугубо индивидуализироваться. При повторном поступлении больного не следует назначать уже применявшееся лечение, а наоборот, нужно пользоваться новыми методами, тогда как многие врачи, вследствие некоторой односторонности в лечении, придерживаются определенного стандарта, что оказывает в таких случаях отрицательное влияние на больного.

Ф а р м а к о т е р а п и я

Развивающуюся часто при немедленном прекращении приема алкоголя бессонницу, абстиненцию можно купировать следующими средствами:

Rp. Chlorali hydrati 8,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По одной столовой ложке на ночь

или:

Rp. Paraldehydi 20,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1—2 столовых ложки утром и вечером

Паральдегид в больших дозах вызывает не только длительный сон, но и уменьшает влечение к алкоголю. Не следует назначать паральдегид при язвах желудка и кишок, туберкулезе легких вследствие раздражающих свойств паральдегида и его паров.

Хлоралгидрат и паральдегид действуют на алкоголиков наиболее благотворным образом, вызывая сон и смягчая абстиненцию. При отсутствии указанных средств можно давать веронал (0,25—0,5). Небольшие дозы снотворных на алкоголиков обычно не действуют. В качестве снотворных рекомендуется амиленгидрат по 2,0—4,0 в желатиновых капсулах или на воде; гедонал по 1,0—2,0; сомнифен по 25—40 капель; люминал по 0,1—0,2; гексенал по 0,15 или под кожу по 2—3 см³ 10% раствора; амитал-натрия по 0,2—0,5; нембутал

по 0,2. В упорных случаях бессонницы следует назначать люминал с бромуралом или вводить внутривенно 5% бромистый натрий по 5—10 см³ в течение 5—10 дней. Чтобы не вызвать привыкания к наркотикам, последние необходимо менять. Применять указанные наркотики нужно осторожно и давать их лишь в первые дни лечения, не более 2—5 дней.

Серьезное внимание следует обратить также на сердечно-сосудистую систему. При слабости сердечной деятельности можно давать адонилен, гитален, камфору, кофеин, кардиазол. В более легких случаях с успехом применяется следующая микстура:

Rp. Inf. Adonis vernalis 3,0—200,0
Codeini phosphorici 0,15
Kalii bromati 3,0
Calcii chlorati 2,0
MDS. По одной столовой ложке три раза в день

Весьма важно в первые же дни провести дезинтоксикацию организма путем урегулирования желудочно-кишечной деятельности (клизмы, слабительное, диета). Благоприятное действие оказывает уротропин, диуретин по 0,5 три раза в день, с успехом применяются внутривенные вливания 40% уротропина по 4 см³ ежедневно или 40% глюкозы по 10—15 см³; такие вливания способствуют быстрому освобождению организма от токсинов, образующихся вследствие вызванных алкоголем нарушений обмена веществ. Курс лечения, в зависимости от состояния больного, состоит из 10—15 внутривенных вливаний уротропина или глюкозы.

Благоприятное влияние оказывает на алкоголиков фенамин, назначаемый внутрь по 0,01—0,02; он способствует стимулированию нервной системы, быстрому купированию абстинентного синдрома и устраняет неглубокую депрессию. Фенамин применяют лишь в сочетании с другими средствами. Обычно фенамин назначается в течение 7—10 дней по утрам. Мы наблюдали несколько случаев привыкания к фенамину, настоящую фенаминоманию, когда больные принимали в день по 0,3—0,6 фенамина, поэтому его следует применять лишь в течение 7—10 дней. Лечение фенамином больше приемлемо в амбулаторной практике, чем в стационарах.

Rp. Phenamini 0,01
Sacchari lactici 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1—2 порошка по утрам в течение 7—10 дней

Желудочно-кишечные расстройства, носящие катаррально-диспептический характер, а также развивающуюся в первые дни после лишения больных алкоголя повышенную кислотность желудка следует лечить соответствующим диететическим питанием и назначением щелочных минеральных вод (эссентуки № 4, 17 и 20, боржом, нарзан).

При головной боли, а также неприятных ощущениях в голове, нередко появляющихся в первые дни абстиненции, назначается:

Rp. Pyramidoni 0,3
Phenacetini 0,25
Coffeini natrio-benzoici 0,1
Luminali 0,03
Codeini phosphorici 0,01
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По одному порошку два раза в день

Необходимо всеми мерами добиться в первые же дни восстановления сна и купирования абстиненции, что поднимает авторитет врача и укрепляет веру больного в лечение.

Из успокаивающих средств Рапопорт рекомендует следующее:

Rp. T-rae Nucis vomicum 5,0
T-rae Asae foetidae 10,0
T-rae Valerianae simplex 15,0
MDS. По 15 капель три раза в день, запивать 1—2 стаканами воды

Суть рецепта, по автору, заключается в T-rae Asae foetidae—легком наркотике, антиистерическом средстве. Неприятный же его вкус гарантирует выполнение предписания врача—запивать капли большим количеством жидкости (чаем, водой), что ослабляет влечение к алкоголю. В качестве симптоматического средства, смягчающего депрессию, тонизирующего центральную нервную систему и подавляющего или понижающего до известной степени влечение к алкоголю, мы рекомендуем следующее:

Rp. Kalii bichromici 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. По 4—5 капель три раза в день на полстакана воды или чая

Последнее средство нельзя давать одновременно с хлоралгидратом, так как при наличии этих двух веществ в присутствии соляной кислоты в желудочном соке образуется трихлоруксусная кислота. Некоторую роль могут играть средства, внушающие отвращение к вину. Минор рекомендует тинктуру, названную по имени автора—проф. Дана. Она в основном состоит из горечей, рвотных и тошнотворных препаратов. Эта тинктура содержит следующие ингредиенты:

Rp. Apomorphini hydrochlorici 0,015
T-rae Colombo 30,0
T-rae Nucis vomicum 30,0
T-rae Capsici annui gutt. XII
T-rae Chinae compositae 45,0
MDS. По 30—40 капель перед едой в случае влечения к вину

Эта тинктура больше применима в условиях диспансера. После купирования абстинентных явлений следует приступить

к курсовому лечению. Назначают общеукрепляющие и тонизирующие процедуры: подкожные вдувания кислорода, инъекции мышьяка со стрихнином, гравидана, аутогемотерапию. Такое курсовое лечение полезно уже тем, что приучает амбулаторно лечащегося больного к систематическому посещению лечебного учреждения.

Давно отмечается благоприятное влияние стрихнина на алкоголиков, которому многие из исследователей приписывали специфическое антиалкогольное действие. Назначается курс инъекций по 1 см³ 0,1% раствора стрихнина в течение 30 дней.

Иногда делают инъекции стрихнина с атропином. Мы применяем инъекции стрихнина со спермолем по следующей прописи:

Rp. Sol. Strychnini nitrici 0,1% 1,0
N. 30 in amp. à
S. Подкожно в течение 30 дней

При отсутствии возможности регулярно принимать стрихнин подкожно его назначают в пилюлях:

Rp. Strychnini nitrici 0,02
Extr. et pulv. liq. q. s. ut f. pill. N. 30
S. По одной пилюле два раза в день

Это средство тонизирует центральную нервную систему, улучшает обмен веществ и питание.

Проводя биохимические исследования крови алкоголиков, мы у большинства установили понижение количества кальция, сахара и хлоридов в сыворотке. Поэтому мы считаем целесообразным применять для терапии этого заболевания кальций и глюкозу.

Кальций и глюкоза вводятся отдельно внутривенно по следующей прописи:

Rp. Sol. Glucosi 40% 100,0
Sterilis
DS. По 10 см³ внутривенно ежедневно
Rp. Calcii chlorati 5,0
Aq. destill. 100,0
MDS. По 10 см³ внутривенно ежедневно

При половых расстройствах функционального характера благоприятное действие оказывает концентрат витамина Е, назначаемый по одной чайной ложке после еды два раза в день, а также метилтестостерон.

Rp. Methyltestosteroni 0,005
in tabul. N. 24
DS. По одной таблетке четыре раза в день

Тонизирует половую функцию втирание в пояснично-крестцовую область позвоночника нижеследующего средства:

Rp. T-rae Nucis vomicum 10,0
 Spiritus camphoratus
 Spiritus saponatus aa 15,0
 Spiritus vini rectificati 60,0
 MDS. Для втирания в крестцово-поясничную область позвоночника

Одновременно назначается диатермия промежности (в течение 1—2 месяцев), хвойно-соленые ванны, глицерофосфаты и др. Этот метод способствует восстановлению у больных угаснувшей или угасающей половой функции¹.

При понижении в крови содержания хлоридов полезно вводить физиологический раствор хлористого натрия по 100—300 см³. Исследуя больных, леченных упомянутым способом, мы установили, что кальций, глюкоза и хлориды быстро выводятся из организма в силу, быть может, нарушения функций регуляторных механизмов. Повидимому, параллельно введению с пищей дефицитных для организма электролитов мы должны также вводить фармакологические или эндокринные препараты, способствующие установлению физиологического равновесия в организме алкоголиков и тормозящие быстрое исчезновение вводимых электролитов или помогающие регулированию обмена этих веществ. Все же, несмотря на быстрое выведение из организма вводимого кальция, сахара и хлоридов, эффект их действия вполне благоприятный: улучшается сон, аппетит, настроение, исчезает физическая слабость.

Лечение кальцием и хлоридами целесообразно проводить лишь в тех случаях, когда биохимические исследования крови обнаруживают понижение количества этих веществ. На истощенных, астенизированных алкоголиков хорошее действие оказывают гипогликемические дозы инсулина: устраняется физическая слабость, астенизация, состояние внутреннего беспокойства, улучшается сон, исчезают явления тремора. Больные значительно прибавляют в весе, влечение к алкоголю у них ослабевает. Инсулинотерапия способствует также нормализации обмена веществ. Этот метод лечения показан главным образом при тяжелом нарушении обмена веществ, расстройстве функции печени при алкогольной кахексии, а также при невротических наложениях (фобии и т. д.). Дается инсулин в дробных дозах (5—10 МЕ) ежедневно. Количество инъекций инсулина колеблется от 5 до 20 и должно устанавливаться индивидуально в каждом отдельном случае.

При наступлении гипогликемии больным нужно давать сахар, обычно через полчаса после введения инсулина. Если возникает гипогликемический шок, немедленно вводят внутривенно глюкозу.

¹ Описанный метод лечения половых расстройств у алкоголиков дает прекрасные результаты и у больных половой неврастенией.

Многочисленность приведенных нами фармакологических средств, применяемых при лечении алкоголиков, говорит о том, что пока еще нет ни одного совершенного фармакологического средства для лечения алкоголизма. Тем не менее каждое, даже и малодейственное, лекарство при назначении его опытным врачом может принести больному большую пользу.

Умело применяя приведенные выше фармакологические средства в сочетании с другими методами лечения, строго индивидуализируя каждый отдельный случай, врач может излечить не только легкие формы алкоголизма, но и так называемый тяжелый алкоголизм.

Г р а в и д а н о т е р а п и я

Учитывая свойство гравидана повышать жизненный тонус организма, мы совместно с Обнорским изучали действие на алкоголиков гравидана, изготовленного по методу А. А. Замкова. Гравидан вводился внутримышечно по 0,5—3—10—15 см³, в зависимости от реакции организма на эти инъекции. Почти у всех больных уже после первых инъекций гравидана смягчались явления абстиненции, улучшалась деятельность сердца и желудочно-кишечного тракта, сон и аппетит, повышалась работоспособность, внимание и память. У многих больных, страдавших на почве алкоголизма половыми неврозами, восстанавливалась половая функция. Гравидан оказывал благотворное действие и на кровяное давление. Пониженное или повышенное кровяное давление в результате применения гравиданотерапии в течение месяца приходило почти к норме (П. П. Довженко). Больные, леченные гравиданом, больше прибавляли в весе, чем больные, которым гравидан не назначался. У некоторых алкоголиков с преждевременным одряхлением значительно поднимался жизненный тонус (восстановление половой функции, увеличение веса, улучшение деятельности сердца и т. п.).

Катамнестические обследования больных, леченных гравиданом, дали весьма ободряющие результаты, что позволяет отнести гравидан к группе эффективных биологических средств для лечения хронического алкоголизма.

На основании наблюдений мы установили оптимальную дозу гравидана для алкоголиков в 0,5—3 см³, назначаемую через день. Число инъекций строго индивидуализируется и колеблется от 10 до 30. Желательно повторение курса инъекций гравидана через год. Осложнений при лечении гравиданом мы не наблюдали.

Противопоказана гравиданотерапия при гипертонии, эпилепсии, тяжелых болезнях сердца и почек, активном туберкулезе.

Лечение путем выработки условной эмоционально-отрицательной и рвотной реакции на алкоголь при помощи апоморфина, эметина и других рвотных средств

При лечении хронического алкоголизма нужно применять такие средства, которые, будучи введены подкожно или непосредственно в желудок, воспрепятствовали бы хорошему самочувствию при приеме алкоголя. Это в свою очередь уничтожает непреодолимое влечение к алкоголю, появляющееся после его приема. Задача врача создать такие условия, чтобы первая рюмка алкогольного напитка вызвала неприятное ощущение, тошноту и даже рвоту.

Это средство должно действовать в течение нескольких дней, чтобы у больного могло закрепиться отвращение к алкоголю. Если больной не получает приятного ощущения от приема алкоголя, а наоборот, испытывает физическую слабость, тошноту, рвоту и т. п., он будет вынужден исключить все спиртные напитки из своего обихода.

Большое будущее в лечении алкоголизма принадлежит методу, базирующемуся на учении великого русского физиолога И. П. Павлова, т. е. на выработке отрицательного условного рефлекса на алкоголь с помощью рвотных средств.

Н. А. Подкопаев по заданию И. П. Павлова вырабатывал рефлекс на автоматический раздражитель (апоморфин), комбинируя его с тоном определенной высоты. Собаке впрыскивалась под кожу небольшая доза апоморфина и спустя 1—2 минуты в экспериментальной комнате давался в течение некоторого времени тон определенной высоты; во время звучания этого тона собака становилась беспокойной, у нее наступала саливация, тошнотная реакция, а иногда и небольшая рвота от апоморфина.

Когда эти опыты были повторены много раз, то уже одно звучание тона начало вызывать в слабой степени ту же реакцию. В. А. Крылов, проводя серологические исследования в лаборатории (Ташкент), отметил следующее явление. После регулярного ежедневного впрыскивания собакам морфина (у собак при подкожном введении морфина отмечалась рвотная реакция) примерно на 5—6-й день уже при одних только приготовлениях к инъекции возникает такая же картина, как и при впрыскивании морфина: сильная саливация, рвотные движения, рвота и затем сон.

Следовательно, рвота вызывалась уже не самим морфином, действующим через кровь на «рвотный центр», а теми условными раздражителями, которые совпадали по времени с введением морфина. Иногда описанную выше картину вызывало появление экспериментатора или же вынимание и открывание

ящика со шприцем, протирание кожи спиртом, введение под кожу индифферентной жидкости. Чем больше было проведено впрыскиваний морфина, тем менее требовалось перечисленных выше манипуляций, чтобы развилась картина морфинного отравления.

Быков и Алексеев-Беркман систематически исследовали выделительную функцию почек как в обычных условиях, так и при введении 100 г водопроводной воды, нагретой до температуры тела животного. В дальнейшем было установлено, что, по мере того как возрастало количество опытов с вливанием воды, увеличивалось количество мочи, причем значительный диурез наблюдался сразу же после того, как животное помещали в стойку или делали необходимые приготовления для вливания воды.

Изучая возможность образования условных связей на диурез при применении автоматических гормональных раздражителей, действующих на почки через кровь, К. М. Быков применял питуитрин, который вызывал торможение диуреза. Затем в последующих опытах вместо питуитрина вводился физиологический раствор при наличии водной нагрузки (в желудок вводилось 400 см³ воды); при этом отмечалось такое же торможение диуреза, как и после инъекции питуитрина. К. М. Быков по этому поводу пишет: «Совершенно очевидно, что самая процедура инъекции сделалась тормозным условным рефлексом на базе действия питуитрина на почку».

Опытами Б. Е. Делова установлено изменение электрокардиограммы у собаки под влиянием большой дозы морфина (0,2), введенного под кожу. Зубец *R* исчезал или резко уменьшался. Зубец *Q*, а иногда и зубец *T* раздваивались. Частота сердцебиений сокращалась. После 20—30 инъекций морфина уже одна внешняя обстановка, т. е. комплекс раздражений, связанных с введением морфина (без введения последнего), вызывала такие же изменения электрокардиограммы, как и морфин. Зубец *R* значительно снижался, а иногда исчезал. Изменение зубца *Q* К. М. Быков рассматривал как начальную фазу расщепления зубца *R*, характеризующего сильное отравление морфином. Сердцебиение замедлялось.

После 100 опытов, в которых гудок сочетался с инъекцией в вену нитроглицерина (данные Е. П. Петровой, сотрудницы К. М. Быкова), уже один гудок вызывал почти такие же изменения электрокардиограммы, как и после введения нитроглицерина.

А. Г. Иванов-Смоленский, сочетая сигнал «зрачки расширяются» с сопровождавшим его затемнением глаз, вырабатывал уже после 11-го такого сочетания расширение зрачков лишь путем словесного воздействия. При словах «зрачки расширяются», сказанных экспериментатором или самим исследуемым, зрачки расширялись.

Л. И. Котляревский вырабатывал у детей условный зрачковый рефлекс на звонок, а также, пользуясь в качестве безусловного рефлекса рефлексом Ашнера, выработал сердечно-сосудистый условный рефлекс в виде замедления пульса на 6—12 ударов в минуту в ответ на звуковой сигнал.

Н. И. Козин, измеряя при упомянутых условиях кровяное давление, выработал условную реакцию в виде повышения его на 10—12 делений в ответ как на непосредственный, так и на словесный раздражитель.

Объяснение этого явления можно найти в работе И. П. Павлова, который пишет:

«Безусловный или хорошо выработанный условный раздражитель, конечно, вызывает деятельное состояние определенного отдела головного мозга. Будем называть этот отдел, по общепринятой терминологии центром, не связывая, однако, с этим словом представления о точной анатомической обособленности. Очевидно, что к этому центру направляются раздражения, производимые в то же время внешними агентами в клетках коры больших полушарий; путь для этих раздражений именно к этому центру является особенно облегченным, а после нескольких совпадений проторенным... Если к рефлекторно раздраженному центру направляются раздражения из клеток коры больших полушарий, то же самое должно было произойти и в отношении автоматически, внутренними агентами, составом и свойством крови, раздражаемого центра, что подтвердилось...»

«Внешние раздражения, даже со дня рождения животного направляющиеся в известный центр, могут быть отклонены от него в направлении к другому центру и связаться с ним, если этот последний центр физиологически сильнее первого. Таким образом, это слияние, соединение раздражений, возникающее в разных пунктах головного мозга, это нервное замыкание и есть первый нервный механизм, с которым мы встречаемся при изучении деятельности коры больших полушарий»¹.

Приведенные выше опыты Н. А. Подкопаева и В. А. Крылова, К. М. Быкова и его сотрудников дали основание использовать для лечения алкоголиков выработку условного рвотного рефлекса на алкоголь при помощи рвотных средств.

Вопрос о лечении алкоголиков рвотными средствами не новый. Народная медицина с давних пор применяет различные средства, способствующие вызыванию рвоты и отвращения при приеме алкоголя.

Проф. Минор для этой цели предложил микстуру, включающую рвотные и горькие ингредиенты. Мысль о том, что при лечении алкоголиков следует использовать выработку отрица-

¹ И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, стр. 51—52, ОГИЗ, 1937.

тельного оборонительного рефлекса на различные алкогольные раздражители, высказал еще В. М. Бехтерев, а затем Н. В. Канторович.

И. Ф. Случевский и А. А. Фрикен в 1933 г. в Колмовской психиатрической больнице лечили алкоголиков впрыскиванием 0,003—0,01 апоморфина, смешанного с водкой. Если в первые дни рвота не наступала, дозу апоморфина увеличивали до 0,05.

После того как устанавливали дозу апоморфина, вызывающую рвоту, апоморфин с водкой назначали еще в течение 10—11 дней. На 21-й день давали водку без апоморфина, и рвота наступала так же, как после приема апоморфина. Если рвота не наступала, делали несколько дней инъекции апоморфина или давали апоморфин с водкой внутрь. Обычно к 21-му дню вырабатывался прочный рвотный рефлекс.

Случевский и Фрикен получили положительные результаты при лечении по этому методу всего в 7 случаях. Почти аналогичным способом лечил алкоголиков Ефремов, сочетавший инъекции апоморфина с внушением.

А. Морковников, исходя из многолетнего опыта лечения алкоголиков в специальной лечебнице общества трезвости, базируясь на учении И. П. Павлова, предлагал лечить алкоголиков внушением в сочетании с инъекциями апоморфина. Больному внушалось, что у него появится тошнота при виде спиртного напитка и рвота, если он его выпьет. Затем вводился апоморфин. Через 2 минуты наливали водку так, чтобы больной это видел и чтобы тошнота сочеталась с видом водки; когда наступает тошнота, больному дают глоток водки. А. Морковников не пользовался этим методом, но рекомендовал его, исходя из теоретических предпосылок.

Канторович еще в 1929 г. применял для лечения алкоголиков сочетательно-рефлекторный метод терапии. Электрокожные раздражения сочетались с демонстрацией надписей, плакатов, распылением водки и т. д., чем достигалась выработка оборонительного сочетательного рефлекса на алкоголь и алкогольные раздражители.

Мы также в течение ряда лет лечили алкоголиков путем выработки условной рвотной реакции на алкоголь с помощью апоморфина, подкрепляемого внушением наяву, или вырабатывали условную рвотную реакцию на алкоголь в гипнотическом состоянии.

Алкоголику вводили 0,25—0,5 см³ 1% апоморфина подкожно, после чего давали нюхать употреблявшийся больным алкогольный напиток (водку, коньяк, пиво, вино и пр.), подкрепляя это следующим внушением: «Запах и вкус алкоголя будет у вас всегда вызывать неприятные ощущения, тошноту и рвоту. Вы больше не будете испытывать влечения к спиртным напиткам. Вы больше не сможете пить. Все спиртные на-

питки будут у вас вызывать неприятные тягостные ощущения, тошноту и рвоту». Так мы повторяли 2—4 минуты. Когда мы видели, что у больного должна наступить рвота (обычно на 7—10-й минуте), мы давали ему 40—100 г водки. После приема водки мы вновь императивно внушали отвращение к водке, вызывая тошноту и рвоту.

Подобное лечение мы проводили ежедневно или через день в течение 20—30 дней. У части больных мы вырабатывали ус-



Рис. 3. Рвотная реакция после приема алкоголя, выработанная при помощи апоморфина.

ловную рвотную реакцию на алкоголь без всяких медикаментов, только при помощи гипноза. У большинства больных появлялось довольно стойкое чувство отвращения к вину. Они заявляли, что алкоголь им противен — «смотреть неприятно», «попробовал выпить — мутит», «к водке не тянет».

Объективно отвращение к водке выражалось в неприятных ощущениях, саливации, неприятной гримасе при приеме вина и рвоте после приема водки, даже без инъекции апоморфина, обычно для этого было достаточно 15—25 инъекций апоморфина.

Наряду с успешными результатами, наблюдались и отрицательные. Мы наблюдали даже таких больных, которые находили своеобразное удовольствие в лечении апоморфином. По окончании курса лечения они умоляли сделать им хотя бы еще одну инъекцию. Объясняется это тем, что у некоторых лиц апоморфин не вызывает рвоты, а лишь состояние спьянения, оканчивающееся 2—3-часовым сном.

Фегтлинг в США и его сотрудники, исходя из учения И. П. Павлова, впрыскивали алкоголикам рвотные средства (эметин). Через 5—6—10 минут алкоголику предлагалось посмотреть, понюхать и выпить какой-либо алкогольный напиток. Если время было выбрано удачно, у больного наступала рвота сразу после приема спиртного напитка. Подобные сеансы Фегтлинг повторял ежедневно в течение 7—10 дней. При рецидивах лечение возобновлялось. Рецидивы алкоголизма отмечались примерно в 40 % в течение первого года и приблизительно в 20 % на протяжении второго года. В дальнейшем, если не проводилось надлежащее лечение, количество рецидивов увеличивалось. Тысячи больных, страдающих алкоголизмом, подвергались лечению по способу Фегтлинга с положительными результатами.

Все перечисленные авторы не учли важнейшего положения И. П. Павлова, а именно, что «первые и основные условия для образования данного условного рефлекса — это совпадение во времени ранее индифферентного агента с действием безусловного агента, который вызывает определенный безусловный рефлекс. Второе важное условие состоит в следующем: при образовании условного рефлекса индифферентный агент должен несколько предшествовать действию безусловного раздражителя».

«Если мы сделаем наоборот и сначала начнем действовать безусловным раздражителем, а затем присоединим индифферентный агент, то условного рефлекса не образуется», пишет И. П. Павлов.

Случевский и Фрикен делали инъекцию апоморфина и сразу или через 3 минуты давали алкоголь, а последние 10 сеансов вообще давали водку, смешанную с апоморфином, что методически неправильно, так как апоморфин изменяет вкус алкоголя.

Ефремов давал алкоголь за 3—4 минуты до наступления рвоты. То же отмечается и у других авторов, ибо врачу трудно предугадать, через какой промежуток времени наступит рвота после инъекции апоморфина, тем более, что больные реагируют на апоморфин по-разному. Как мы видим, условный раздражитель по времени значительно отставал от безусловного: от 3—4 минут до 7—10 минут, что мешало быстрой выработке условных связей. Ряд авторов применял, наряду с апоморфином, также внушение, вследствие чего неясно, за счет чего отнести положительный эффект, ибо положительные результаты лечения часто может давать одно внушение. Кроме того, нужно учесть, что алкоголь для наших больных не является индифферентным раздражителем, а своего рода мощной условной связью, доминантой, которую следует угасить.

Все указанные авторы, кроме Ефремова, не учитывали, что выработанная условная рвотная реакция на алкоголь постепен-

но ослабевает, и не подкрепляли ее в последующем. Допускаемые погрешности также отражались на результатах лечения. Все это приводило к тому, что у многих больных наступал рецидив. Отношение врачей-практиков к этому ценному методу поколебалось, и разработка его была приостановлена.

Мы поставили перед собой задачу найти более правильную методику лечения хронического алкоголизма посредством выработки условной реакции на алкоголь с помощью апоморфина и других рвотных средств, в частности, эметина, ипекакуаны, сернокислой меди, сернокислого цинка, термопсиса, различных рвотных смесей и т. п. Для этой цели мы отобрали тяжелых алкоголиков, не поддававшихся другим способам лечения. Методику лечения мы несколько изменили. В основном она сводится к следующему.

Вначале мы находим минимальную дозу апоморфина, хлористоводородного эметина или других рвотных, способных вызвать рвоту у больного. Нужно подчеркнуть, что эти дозы весьма вариabильны и обуславливаемая ими рвотная реакция зависит от состояния больного, его индивидуальных особенностей и времени дня (фактор утомления). Мы устанавливаем также скрытый период рвотной реакции, который тоже сугубо индивидуален и динамичен.

Минимальная доза апоморфина, способная вызвать рвоту, равняется 0,05 см³ 1% апоморфина и соответственно 0,06 хлористо-водородного эметина.

На стол ставят бутылки с водкой, вином и посуду, из которой больной пьет (рюмки, кружки или стопки).

Вначале больному вводят установленную для него минимальную дозу рвотного (апоморфина или эметина). Через определенное время, установленное в предварительном опыте перед наступлением тошноты, обычно спустя 4—10 минут, больному дают понюхать, а затем выпить глоток водки. Необходимо, чтобы прием водки предшествовал наступающей в это время тошноте. Затем больному дают стопку или рюмку с алкогольным напитком, которым больной злоупотребляет (40—50 г водки, вина или коньяку), и предлагают нюхать его; когда резко усилится тошнота и больной почувствует приближение рвоты, он должен выпить алкогольный напиток. Обычно сами больные чувствовали наступление рвоты, которая появлялась у них через 1—2 секунды после глотка водки.

После появления тошноты рвота наступает в промежуток времени от 1 до 15 минут. В отдельных случаях рвота наступает непосредственно вслед за тошнотой.

Спустя 3—4 минуты после инъекции появляется саливация, покраснение лица, чувство жара, головокружение или шум в голове, тошнота; отмечается также раздражение слизистой носа и верхних дыхательных путей, постепенно усиливающееся. У части больных (пожилого возраста) наблюдается резкая

гиперемия лица, а у части (в основном молодого и среднего возраста) — значительное его побледнение. Все тело покрывается потом, иногда настолько обильным, что белье больных делается влажным. Пульс вначале ускоряется, а перед наступлением рвоты замедляется до 40—50 ударов (в отдельных случаях до 25—30 ударов) в минуту. Кровяное давление обычно снижается, а в отдельных случаях падает до 40/20 мм ртутного столба. Вся эта бурная вегетативная реакция заканчивается рвотой, после которой больные испытывают облегчение. Рвота продолжается обычно от 2 до 5 минут, а в отдельных случаях до 25—30 минут. После рвоты наступает сон, длящийся 2—3 часа. В отдельных случаях апоморфин рвоты не вызывает, а лишь состояние наркоза — сна; у отдельных больных апоморфин вызывал сильные эрекции.

У некоторых больных инъекция апоморфина вызывает настолько бурную вегетативную реакцию (брадикардия, резкое побледнение лица, чрезвычайная потливость, значительное падение кровяного давления, резкая физическая слабость, коллапс), что приходится прибегать для купирования этого состояния к инъекциям стрихнина, кофеина, камфоры, а иногда и атропина.

Последующие реакции у большинства больных бывают значительно слабее. После 4—7 инъекций апоморфина у больных появляется гримаса отвращения даже при входе в кабинет, где проводится лечение. Уже один вид бутылок, рюмок, стопок, персонала, проводящего лечение, вызывает тягостные ощущения, потливость, покраснение лица, саливацию и др.

У небольшой части больных во время последующих сеансов уменьшается скрытый период рвотной реакции, но у большинства больных он сугубо индивидуален и динамичен, колеблясь от 3 до 35 минут.

У части больных апоморфин и эметин при последующих реакциях рвоты не вызывают, даже при значительном увеличении доз, малые же дозы апоморфина иногда вызывают рвоту. Это обстоятельство говорит о запредельном торможении рвотного центра и парадоксальной его реакции.

У небольшой части больных рвотная условная реакция на алкоголь вырабатывается довольно быстро; вкус, запах и даже один вид вина вызывают стойкое отвращение и рвотную реакцию. Для иллюстрации приведем две истории болезни.

1. Больной Ш. С 14/V по 30/V 1946 г. лечился вливаниями гипертонических растворов, вдуванием кислорода. С 30/V — выработка рвотной условной реакции на алкоголь с помощью апоморфина. 30/V введено 0,25 1% апоморфина; перед тошнотой и рвотой было дано по 15 г водки; в промежутках между приемами алкоголя больному давали нюхать водку. Вскоре после приема апоморфина у больного появилась головная боль, ухудшилось самочувствие и настроение. Рвота наступила через 10 минут после введения апоморфина. Больной резко побледнел, лицо его покрылось потом. Рвота длилась 15 минут. После рвоты появилась сла-

бость, тошнота, которая продолжалась до 31/V. Никакого неприятного чувства больной к водке не испытывал, жалел лишь, что ему дали небольшое ее количество.

1/VI введено 0,5 1% апоморфина. На 3-й минуте появилась саливация, на 5-й минуте — тошнота. Рвота наступила через 10 минут. Перед наступлением тошноты, так же как и рвоты, больной нюхал, а затем выпивал по 30 см³ водки. Рвота длилась 15 минут. После второго сеанса разговор о водке был уже неприятен. Казалось, что от собеседников пахнет вином, вследствие чего больного «мутило» два дня. Спал плохо, настроение подавленное. Испытывает боли в голове и в области сердца.

4/VI утром настроение хорошее. Особенно хорошо чувствовал себя, когда узнал, что лечащий врач уехал, думая, что его не будут лечить апоморфином. В 4 часа дня было введено 0,5 см³ 1% апоморфина. Спустя 5—6 минут появилось ощущение жара в лице, слабость, в значительном количестве выделялась слюна; больной все время отплевывался. Появилась тошнота. Дан глоток водки, после чего больной нюхал водку. На 9-й минуте наступила обильная рвота, продолжавшаяся 20 минут. Вечером отмечалось головокружение, слабость, тошнота, отсутствие аппетита. Постоянно чувствовал запах спирта, испытывал тошноту. На другой день, когда утром сестра делала инъекции, запах спирта от ваты, которой сестра протирала руку, вызвал тошноту и неприятное самочувствие.

Состояние больного после инъекций апоморфина, сделанных 8/VI, 10/VI и 15/VI, было аналогично предшествующим, но реакция на апоморфин была в более слабой форме; по окончании рвоты, длившейся 20—30 минут, плохое самочувствие длилось 1½—2 часа. С каждым сеансом усиливалось отвращение к водке. Общая слабость и боли в голове длились по 2—3 дня. Седьмой сеанс, проведенный 20/VI, был перенесен больным особенно тяжело. Рвота длилась около 2 часов. Отмечалось сильное сердцебиение, трудно было дышать. Подобное состояние длилось 2 часа. 21/VI и 22/VI наблюдались сильные головные боли, тошнота, упадок сил, раздражительность, двигательное беспокойство. Не мог найти себе места. Слово «водка» вызывало тошноту и потливость, неприятное самочувствие. Достаточно было больному войти в кабинет, где проводилось лечение, как у него появлялась потливость, покраснение лица, сонливость и тошнота.

26/VI, 28/VI и 30/VI больному давали водку уже без предварительного впрыскивания апоморфина. В обоих случаях сразу наступала обильная рвота, спазмы в горле, головная боль, потливость и слабость, т. е. реакция, аналогичная той, что и после инъекции апоморфина. Всего больному было сделано 8 инъекций апоморфина и 3 раза алкоголь давался без апоморфина.

С 20/VI больной стал отмечать ослабление внимания при разговоре. Он пропускал отдельные слова и фразы собеседников, просил их повторить сказанное. Появились головные боли в затылке, потливость, раздражительность, значительные колебания настроения, состояние какой-то неудовлетворенности, неусидчивости. При перемене горизонтального положения на вертикальное в течение нескольких секунд в глазах «все плыло», появлялось головокружение, общая слабость, неустойчивость в ногах. Кожные покровы стали более бледными. Начал избегать лечащего врача. Меньше стал шутить, сделался более серьезным. Больному было назначено лечение гипертоническими растворами (глюкоза и сернокислая магнезия), а также симпатомиметином в течение 10 дней.

10/VII больной был выписан в хорошем состоянии и приступил к работе. Вскоре после выписки из больницы самочувствие больного резко улучшилось, появились радужные перспективы на будущее. Настроение было хорошее. Восстановилась энергия, трудоспособность, улучшилась сообразительность, память. Всякое упоминание о водке, особенно о лечении апоморфином, было неприятно, ухудшалось настроение, появлялась тошнота.

У больного отмечались лишь частые расстройства желудка и боли в ногах. Через месяц после выписки из больницы продолжал быть уверенным в себе, в частности, в том, что спиртных напитков употреблять не будет.

Видел следующий сон: какая-то компания незнакомых людей настойчиво предлагала выпить хотя бы немного водки. Больной отказывался, ссылаясь на то, что его вырвет. Уговаривавшая больного компания была настолько настойчива, что больной им уступил и выпил немного водки. Проснулся с резкой головной болью, как будто после рвоты. Разговор о водке больному неприятен. До настоящего времени (3 года) больной не пьет и чувствует себя удовлетворительно.

2. Больной П., 40 лет. Отец больного, художник, умер от алкоголизма. Сестры отца алкоголички. Брат матери алкоголик, умер в молодом возрасте. Сестра больного алкоголичка. Злоупотреблял алкоголем 14 лет.

С 1945 г. начались семейные неприятности, стал злоупотреблять алкоголем еще больше. В марте 1946 г. лег в больницу. После выписки из больницы продолжал употреблять спиртные напитки. Поступил в больницу повторно 2/VII 1946 г.

Физическое состояние: больной среднего роста, атлетического телосложения. Со стороны внутренних органов изменений не отмечается.

Неврологическое состояние: зрачки равномерны, хорошо реагируют на свет. Сухожильные рефлексы значительно повышены. Красный дермографизм, тремор рук и век. Симптомов органического поражения нервной системы нет.

Психическое состояние: сознание ясное, несколько эйфоричен, склонен к резонерству. Круг интересов сужен. Склонность к хвастовству, лживости. Алкогольный юмор. Память понижена. Обманов чувств и бредовых идей нет.

7/VIII введено 0,25 1% апоморфина, дан глоток водки. Сразу же после апоморфина больной начал быстро пьянеть. Стало казаться, что руки и ноги как бы отделились от туловища. Все окружающее представилось в желтом свете. Появилось ощущение жара в голове, состояние стало крайне тягостным, ухудшаясь с каждой секундой. Выступил обильный пот, началась тошнота. Больному дан второй глоток водки и велено ее нюхать. Появилась обильная саливация. Больной резко побледнел, упал на кушетку. Пульс 40 ударов в минуту. Введен 1 см³ стрихнина и кофеина. У больного появился страх смерти. На 10-й минуте наступила рвота, после чего больной почувствовал облегчение. Через 2 часа все тягостные явления прошли. Спал удовлетворительно.

10/VIII, когда больной взял стакан с водкой и понюхал, началась рвота. Введено 0,25 1% апоморфина. Симптоматика почти аналогична той, что была после первой инъекции. Голова отяжелела. Больной испытывает чувство опьянения. Тошнота, обильное потоотделение. После глотка алкоголя сразу появилась рвота. Резкое побледнение лица. Сильное головокружение, тошнота и непрерывная рвота. Кровяное давление со 127/70 мм упало до 70/40 мм. Брадикардия, пульс 52 в минуту. Сделана инъекция кофеина и стрихнина. Рвота продолжалась 35 минут. После рвоты больной испытывает резкий озноб, дрожит, как при малярийном приступе. Через 3 часа состояние больного улучшилось. На другой день самочувствие хорошее.

12/VIII у больного при входе в кабинет появилась гримаса отвращения, обильная саливация; больной непрерывно сплевывает накопившуюся слюну. Глядя на рюмку, бутылку с водкой, испытывает тошноту. В 2 часа введено 0,25 1% апоморфина и дан глоток водки. Больной испытывает чувство опьянения, с трудом различает сидящих против него людей. Перед рвотой дан глоток водки. Резкое побледнение лица, потливость, головокружение, ослабление пульса, понижение кровяного давления со 115/85 мм до 60/30 мм. Рвота наступила на 15-й минуте после инъекции. Через 2 часа больной чувствовал себя хорошо.

14/VIII дан глоток водки. На лице гримаса отвращения, появились рвотные движения, обильная саливация, кашель, чихание, слезотечение. Введено 0,25 1% апоморфина. После инъекции все тело покрылось обильным потом. Первые 2—4 минуты отмечалось резкое покраснение лица, а затем сильная бледность. Падение пульса, кровяного давления. Руки и ноги стали тяжелыми, язык заплетается, сильная тошнота, головокружение, слабость, рвота, которая наступает у больного обычно на 20-й минуте и длится 20—30 минут. После сеанса знобит, появляется дрожь. Пятый и шестой сеансы прошли легче. Даже вид вина вызывал у больного тошноту. После 10-го сеанса рвотная реакция наступила уже от одной водки. Всего больному было сделано 15 инъекций апоморфина.

Согласно катamnестическим данным, больной после выписки из больницы не пьет алкогольных напитков уже четвертый год.

Очевидно, чем сильнее рвота, вызываемая апоморфином, тем быстрее вырабатывается рвотная условная реакция на алкоголь и тем она прочнее. Однако подобная картина наблюдается не всегда. У значительной части больных рвотной условной реакции на алкоголь от апоморфина не получается, а вырабатывается лишь тошнотная реакция и отвращение к алкоголю. В таких случаях приходится проводить 10—30 сеансов, чтобы добиться положительных результатов. Обычно лишь после 10—20 сеансов у больных появляется саливация, неприятные ощущения, тошнота при виде или при запахе водки, исчезает влечение к ней. Для этих больных характерно следующее обстоятельство: в последующем обычные дозы апоморфина не приводят к рвоте, и количество вводимого апоморфина или эметина приходится постепенно увеличивать. У части больных даже большие дозы апоморфина не вызывают рвоты, а лишь состояние оглушения, опьянения.

В таких случаях мы проводили инъекции апоморфина не ежедневно, а через день или два раза в неделю. Это позволило нам добиться рвотной реакции у большинства этих больных за единичным исключением, когда даже после 20 инъекций апоморфина рвоты не наступало. В тех случаях, когда апоморфин не вызывал рвотной реакции, мы давали больным внутрь смеси из ипекакуаны, поваренной и глауберовой соли, касторового масла и рыбьего жира. Обычно мы давали больному глоток водки, после чего он медленно выпивал смесь. У одних больных рвота наступала немедленно после приема этой смеси, у других же больных смесь вызывала лишь тошноту.

Следует отметить, что в тех случаях, когда не удается выработать рвотной условной реакции на алкоголь, все же с помощью апоморфина, эметина и рвотных смесей можно добиться того, что у больных исчезает влечение к вину. В начале лечения при приеме водки они испытывают чувство удовольствия, жалеют лишь, что им мало налили водки; после 10—20 сеансов водка вызывает у больных уже отвращение и тошноту. При входе в кабинет, где проводятся инъекции апоморфина, у больных появляется саливация. Вино больше не доставляет им удовольствия, они становятся к нему индифферентными. Повиди-

мому, особый склад нервной системы у этих больных не позволяет выработать у них рвотную условную реакцию на алкоголь. Возможно, что другие рвотные средства, вызывающие более тягостную реакцию, чем апоморфин, дадут и у этих больных положительные результаты.

Следует подчеркнуть, что необходимо соблюдать известную осторожность при лечении указанным способом больных с травматическими нарушениями центральной нервной системы. У таких больных прием апоморфина выявляет симптоматику, имевшую место в первые дни после контузии. Например, у одного больного после инъекции апоморфина каждый раз развивался парез правого лицевого нерва центрального типа, амнестическая и моторная афазия, акалькулия, аграфия, правосторонний гемипарез. Такое состояние длилось 3—4 дня. У другого больного после инъекций апоморфина появлялись зрительные галлюцинации (крысы, черви), т. е. воскрешалась симптоматика, бывшая у больного при белой горячке.

Эти факты указывают, что у алкоголиков с травматическим поражением головного мозга восстановление нервных функций непрочное; они вновь дезинтегрируются при воздействии таких средств, как, например, апоморфин, что следует иметь в виду.

Противопоказаниями к применению апоморфина мы считаем открытые формы туберкулеза, злокачественные опухоли, тяжелые формы гипотонии и гипертонии, грудную жабу, язву желудка и двенадцатиперстной кишки, а также органические заболевания центральной нервной системы и престарелый возраст.

Для купирования коллапса, наблюдаемого иногда после инъекций апоморфина, следует применять инъекции кофеина, стрихнина, атропина и лобелина, искусственное дыхание, обрызгивание головы холодной водой, вдыхание нашатырного спирта и т. п. При наличии соответствующих показаний осторожное применение апоморфина осложнений обычно не вызывает, исключая идиосинкразии у лиц, крайне чувствительных к апоморфину.

Лечение хронического алкоголизма сенситизирующими к нему веществами

С давних пор делаются попытки найти средство, вызывающее отвращение к алкоголю. В народной медицине для этой цели применялось много средств, в том числе и так называемая кузьмичева трава, *Ephedra distachia*, из которой добывается алкалоид эфедрин. В лечении алкоголизма займут видное место средства, вызывающие отвращение к алкоголю.

И. П. Павлов впервые обратил внимание на значение химического анализатора, приводя следующее наблюдение, базирующееся на опытах Я. Е. Егорова, И. И. Савича и С. П. Хазена.

И. П. Павлов пишет: «Таким образом, тот или другой химический состав крови различался мозговым концом химического анализатора, выражаясь то в повышении, то в понижении возбудимости соответствующей части этого анализатора, когда в кровь избыточно поступала кислота, повышалась возбудимость кислотной части химического анализатора — и организм при встрече с кислотой из внешнего мира энергичными отрицательными двигательными и секреторными рефлексами исключал в большей или меньшей мере дальнейшее ее поступление. То же самое, конечно, происходит и с пищевыми веществами, выражаясь соответственно в усилении и ослаблении то положительной, то отрицательной реакции на те или другие вещества и в тех или других количествах их.

Итак, химический ротовой анализатор своими концами соединяет две среды: внутреннюю среду организма и внешнюю, регулируя их соотношение и тем обеспечивая нормальный состав организма»¹.

Это замечательное наблюдение И. П. Павлова имеет колоссальное значение для клиницистов. Оно дает ключ к физиологическому пониманию ряда весьма важных биологических процессов. Основываясь на учении И. П. Павлова о химическом анализаторе, алкоголикам необходимо давать такие средства, которые в соединении с алкоголем вызывали бы сенсibilизацию организма даже к малым дозам алкоголя.

Многими авторами описана картина сенсibilизации к алкоголю после приема алкоголя с цианамидом. Некоторые рабочие на производстве, где изготавливается цианамид, прекращали употреблять алкоголь из-за резко повышенной чувствительности к нему.

Описаны подобные же случаи после приема алкоголя с грибами *Corpinus artomentarius*. Весьма обнадеживающие результаты дали также эксперименты в биологической лаборатории медицинского факультета в Копенгагене с диэтилурамидсульфидом $(C_2H_5)_2NC(S)SSC(S)N(C_2H_5)_2$. Если после приема 0,5—1,5 диэтилурамидсульфида выпивалось хотя бы небольшое количество алкоголя, то отмечалось ощущение жара в лице с последующим покраснением не только лица, но иногда и шеи, груди, рук и даже живота; затем расширялись сосуды склеры, появлялось сердцебиение, ощущение удушья. После приема больших доз алкоголя наблюдалась тошнота и рвота. Все эти симптомы сопровождалась головной болью и тягостными ощущениями.

Тетраэтилурамидсульфид или антабус испытывался Мартенсенем и Ларсенем в 1947—1948 гг. на 83 алкоголиках; лечение дало эффект в 74 случаях, и лишь в 9 случаях резуль-

¹ И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, стр. 152, 1937.

таты были отрицательными вследствие отказа больных продолжать лечение.

Изыскивание безвредных средств, сенсibiliзирующих организм к алкоголю, в настоящее время является одной из актуальных задач медицины.

О к с и г е н о т е р а п и я

Кислородная терапия впервые стала применяться при асфиксии, отравлении, поражении отравляющими веществами. Лечение наркоманов кислородом в Советском Союзе проводилось по указанию Л. М. Розенштейна, Т. М. Богомоловой и Рязановой в клинике проф. В. А. Гиляровского в 1923 г. Впоследствии метод лечения кислородом нашел широкое распространение в московских наркодиспансерах и других невропсихиатрических учреждениях нашей страны. Кислород применяется у алкоголиков из-за его свойства вызывать эйфорию, улучшать обмен веществ, что облегчает у них лишение алкоголя даже при амбулаторном лечении.

Наши работы показали, что кислород, введенный алкоголикам под кожу, повышает количество гемоглобина, эритроцитов, каталазы, вызывает некоторую эйфорию, улучшает сон и способствует дезинтоксикации организма. Смородинцева и Лифшиц установили повышение у алкоголиков сухого остатка крови и резервной щелочности при подкожном введении кислорода.

Г. А. Курашкевич и П. Г. Смирнов на основе своих наблюдений считают, что кислород, введенный подкожно, вызывает изменения вегетативных нервных рефлексов. Эти изменения сводятся в основном к возбуждению вегетативных рефлексов ваготонического характера: клиностатического, глазо-сердечного и к торможению вегетативных симпатикотонических рефлексов.

Кровяное давление снижается. По наблюдениям Курашкевича и Смирнова, вегетативные рефлексы как ваготонические, так и симпатикотонические, находившиеся в состоянии возбудимости при первых вдуваниях, возбуждаются еще больше. Но это явление длится недолго. В конце лечения рефлексы нормализуются, колеблясь в пределах средних норм, с преобладанием возбуждения ваготонических и торможения симпатикотонических рефлексов.

Противопоказаниями к вдуванию кислорода служат: status thymico-lymphaticus, гипертония, тяжелые поражения сердечной мышцы, активный туберкулез, частые припадки эпилепсии.

Осложнения при вдувании кислорода наблюдаются крайне редко. В лечебнице для острого алкоголизма за десятилетие среди 15 000 больных, которым применялось многократное вдувание кислорода, нам пришлось наблюдать летальный исход лишь у двух, причем один из этих больных в течение 2 недель перед смертью успешно переносил вдувание. Секция обнару-

жила у одного больного status thymico-lymphaticus, у другого — резкую дегенерацию сердечной мышцы и общий выраженный склероз сосудов. В одном случае после вдувания кислорода наблюдалось коллаптоидное состояние с кратковременной потерей зрения (у больного, которому кислород вводился под кожу многократно); зрение у этого больного через час восстанавливалось.

Глинчиков описал нагноения после вдувания кислорода. Мы таких осложнений не встречали.

При оксигенотерапии необходимо соблюдать известные предосторожности: вводить иглу нужно без присоединения аппарата, проводить вдвухание можно при условии, если нет крови в игле. Кислород следует вдвухать медленно, из специально сконструированного аппарата, назначая вначале небольшие дозы (30—50 см³) и повышая их постепенно. Это позволит избежать осложнений.

Психотерапия

Психотерапия с давних пор является наиболее распространенным методом лечения алкоголиков.

Наиболее благоприятные результаты дает гипнотерапия, при помощи которой даже в амбулаторных условиях можно достигнуть исключительного успеха. Большинство авторов: В. М. Бехтерев, Рыбаков, Синани, Успенский, И. Н. Введенский, Платонов, Рапопорт, Форель и др., добивалось успешного лечения алкоголиков (от 40 до 90%) путем гипнотерапии.

Согласно советскому законодательству, проводить гипнотерапию разрешается лишь в лечебных учреждениях. Когда проводится гипноз женщин мужчинами, то желательно присутствие второго лица, чтобы гарантировать врача от возможных ложных обвинений.

Наряду с гипнотерапией, весьма благоприятные результаты дает психотерапия по методу Дюбуа.

Современные взгляды на гипноз базируются на учении академиков Бехтерева и Павлова, которые внесли ясность в сущность гипноза и дали ему правильное физиологическое объяснение.

Кроме того, значительный вклад в дело изучения гипноза внесли Токарский, Певницкий, Данилевский, Платонов, Каптерев, Срезневский, Каннабих, Краснушкин, Бирман, Мясищев, Иванов-Смоленский.

Гипнотическое состояние, согласно учению И. П. Павлова, представляет собой своеобразный сон, близкий к нормальному. Павлов подчеркивает, что «сон есть внутреннее торможение, сплошное (а не раздробленное, постоянно перемежающееся с процессом раздражения), распространившееся по всей массе полушарий и спустившееся также на некоторые нижележащие отделы головного мозга». Вследствие того, что тормо-

жение распространяется постепенно, наблюдается различная интенсивность сна в виде разных переходных форм к полному сну. Одной из таких переходных фаз от бодрствования к полному сну и является гипноз.

«Гипноз представляет меньшую степень торможения, чем сон», говорит И. П. Павлов. Сходство гипнотического состояния со сном выражается в более или менее подобных при обоих этих состояниях субъективных переживаниях и объективных явлениях, например, со стороны мускулатуры, сердца, дыхания, психики и т. п.

Однако между естественным сном и гипнотическим состоянием имеется и существенная разница, вследствие условий их возникновения. Между гипнотизером и загипнотизированным устанавливается отношение раппорта. Загипнотизированные почти полностью утрачивают способность воспринимать впечатления, исходящие из внешнего мира, они воспринимают лишь то, что исходит от гипнотизера. Благодаря установлению раппорта между гипнотизером и гипнотизируемым, а также высокой внушаемости в состоянии гипноза, это состояние используется в терапевтических целях.

Внушением в состоянии гипноза мы можем вызывать, задерживать, видоизменять различные субъективные явления человеческой психики, а также ряд объективных функций нервной системы.

Описаны случаи, когда внушением удавалось воздействовать даже на соматические функции, например, на менструации, потоотделение, пищеварение, поллюции, вызывать покраснение или побледнение кожи и даже появление пузырей, как от ожогов. Весьма характерные изменения наблюдаются в двигательной сфере. Поднимают конечность загипнотизированного и внушают ему, что конечность окоченела и он ее не может привести в действие; действительно, конечность остается в приданном ей положении (суггестивная каталепсия). Загипнотизированный под влиянием внушения может выполнять различные, подчас весьма сложные действия (езда на велосипеде, танцы), петь и т. д. Можно внушать анестезию кожи: больные не реагируют даже на самые сильные болевые раздражения. Поэтому гипнозом можно пользоваться для обезболивания родов, при разного рода хирургических операциях, при лечении невралгий, удалении зубов и т. п.

Во время гипнотического сомнамбулизма больным без труда удается внушать различные запахи, вкус (горький, соленый, сладкий и т. д.). Одновременно можно внушать исчезновение объекта, находящегося в пределах наблюдения.

Параллельно с этим можно воздействовать на половое влечение, жажду, аппетит, вызывать страхи, радость, ревность. Различные чувства, мысли, действия и т. п. могут быть внушены как во время гипноза, так и на последующий период вре-

мени. Однако гипнотизируемый не все выполняет, как автомат. Он критически относится к внушению, отвергает то, что идет вразрез с его моральными качествами.

Различают три степени гипноза:

1. **Сонливость.** Гипнотизируемый находится в сонливом состоянии, однако может еще усилием воли открыть глаза и оказать сопротивление внушению.

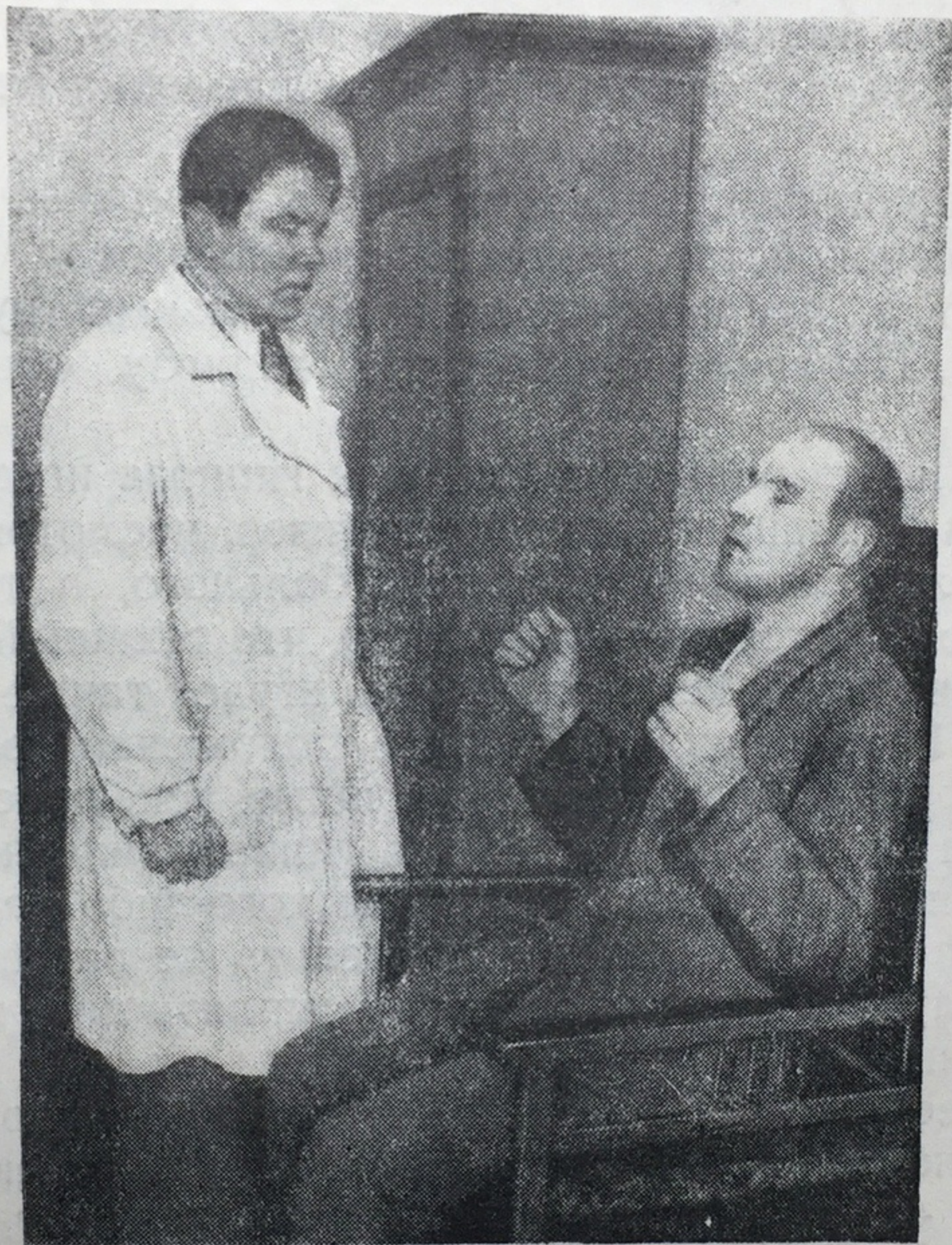


Рис. 4. Каталепсия в гипнотическом состоянии.

2. **Легкий сон.** Гипнотизируемый уже не может открыть глаза и повинуетя почти всему внушаемому, за исключением амнезии.

3. **Глубокий сон.** Данное состояние характеризуется полной подчиняемостью больного, более глубоким сном, каталепсией, амнезией после пробуждения. Некоторые авторы характеризуют эту степень гипноза как сомнамбулическую.

Техника гипноза. Прежде чем приступить к гипнозу, нужно ознакомиться с психическим и соматическим состоянием пациента и выяснить его восприимчивость к гипнозу.

Обычно большинство здоровых людей можно загипнотизировать и достигнуть у них наиболее глубокой степени гипноза — сомнамбулизма. Некоторое число здоровых людей совершенно не поддается гипнозу.

Известные гипнологи (В. М. Бехтерев и др.) полагают, что можно загипнотизировать до 90 % психически здоровых людей. При этом дети и молодые люди засыпают быстрее и погружаются в более глубокий сон, чем взрослые или пожилые люди. Женщин легче загипнотизировать, нежели мужчин. Культурный уровень, повидимому, не играет существенного значения, так как гипнозу с одинаковым успехом поддаются высококультурные и малокультурные люди. Гипнозу с трудом поддаются или совсем не поддаются тяжелые невротики, у которых длительная фиксация в определенном направлении затруднена или невозможна.

Неблагоприятными моментами для гипнотизации являются волнение, беспокойство, депрессия, разного рода боли, кашель, судороги и т. п., при наличии которых больных трудно загипнотизировать. Психические больные гипнозу обычно не поддаются.

Значительную роль в успешности гипноза играет авторитет гипнотизера. Например, один гипнотизер, несмотря на все усилия, не может загипнотизировать больного, в то время как другому это удастся, несмотря на то, что техникой гипноза оба владеют одинаково. Известную роль играет также внешняя обстановка. Покой, тишина, удобное положение являются важными факторами, благоприятствующими успешности гипноза.

Никогда не следует подвергать гипнозу лиц, не желающих им лечиться. Спор о том, можно ли кого-либо загипнотизировать против его воли, еще окончательно не разрешен. Однако известны случаи, когда удавалось усыплять лиц, которые противились гипнозу.

Наиболее распространенным методом гипноза является фиксационно-словесный метод. Больного усаживают в удобное кресло или он ложится на кушетку; успокаивают его, если он волнуется. Приказывают больному расслабить мускулы, растянуть пояс, воротник. Фиксируют взгляд больного на расстоянии 10—15 см на каком-либо, лучше блестящем, предмете (врачебный молоточек, блестящий шарик) или на указательном пальце гипнотизера и т. д. Больному при этом говорят примерно следующее: «Сейчас ваша нервная система пришла в состояние полного покоя. Вас ничто не тревожит, ничто не волнует. Вы совершенно успокоились. Дыхание ровное, спокойное. Тело постепенно тяжелеет. Появляется усталость. Веки тяжелеют, глаза устают. Появляется дремота, сонливость. Сонливость овладевает вами все больше и больше, вам хочется спать. Вас безудержно клонит ко сну. Вы засыпаете». Потом императивно говорят: «Спите!» Обычно через 5—10 минут большинство больных засыпает.

А. Г. Иванов-Смоленский в своей работе «Опыт механизации гипнотического воздействия» указывает, что «условным раздражителем гипнотического сна можно сделать любой раздра-

житель». Применяя какой-либо определенный сигнал (звонок) перед гипнотизацией, Иванов-Смоленский после нескольких гипнотических сеансов вызывал состояние гипноза с помощью лишь одного условного раздражителя (звонок).

Как только замечают, что какое-либо внушение начинает действовать, его используют и в дальнейшем.

У очень критически настроенных и неподатливых людей лучше вначале избегать внушения катаlepsии руки. При некотором навыке очень скоро можно увидеть, следует ли делать подобное внушение.

Большим распространением среди гипнологов пользуется так называемый фракционный способ. Принцип этого метода состоит в том, что больного усыпляют не сразу, а посредством нескольких кратковременных гипнотизаций, прерываемых пробуждением. Положительной стороной этого метода является то, что врач после каждой кратковременной гипнотизации видит, как воспринимается больным внушение. Перед началом гипнотизации больному нужно дать указания, как отвечать на вопросы о своем состоянии наиболее кратко. При пробуждении больного следует ограничиваться лишь вопросами: «Чувствуете ли дремоту, усилилась ли сонливость?» После получения ответа предпринимается следующая гипнотизация.

У лиц, не поддающихся гипнозу, в целях вызывания последнего применяется гипнонаркоз. Больным за некоторое время (1½—2 часа) перед началом гипноза дают веронал, люминал, амитал-натрий, нембутал, сомбутал и т. п. или непосредственно перед гипнозом дают вдыхать эфир в небольшом количестве. Если удастся вызвать гипноз с помощью этого комбинированного метода, то при последующих сеансах можно обходиться и без наркоза.

Дегипнотизация не представляет никаких затруднений. Больному внушают, что после пробуждения боли в голове, усталости и тяжести в руках и ногах он испытывать не будет, а наоборот, будет чувствовать себя бодрым, здоровым, полным энергии и сил. Затем приказывают больному при счете «три» проснуться. Считают до трех и велят проснуться. Будить сразу, без предварительной подготовки не следует, так как при этом бывают неприятные явления в виде головной боли, слабости, сердцебиения и т. п.

Если после пробуждения у больного отмечается слабость, головная боль, тяжесть во всем теле, ему велят закрыть глаза и внушают наяву следующее: «Головная боль, тяжесть в теле у вас проходят, вы себя чувствуете прекрасно, бодрым, здоровым, голова перестала болеть, тяжесть в теле прошла. Вы чувствуете себя хорошо». После этого велят открыть глаза. Подобного внушения наяву достаточно для устранения упомянутых выше явлений, наблюдаемых у некоторых лиц после гипнотизации. Иногда больные после гипноза сразу не просы-

паются. В таких случаях их встряхивают, окликают, повелительно приказывают проснуться, повторяя это внушение несколько раз. У сомнамбул при пробуждении следует соблюдать осторожность. После пробуждения за такими больными надо наблюдать, так как у них может наступить лишь частичное пробуждение и возврат сомнамбулизма.

При осложнении гипноза, когда наступает истерический сомнамбулизм и истерическая летаргия, когда раппорт обычно

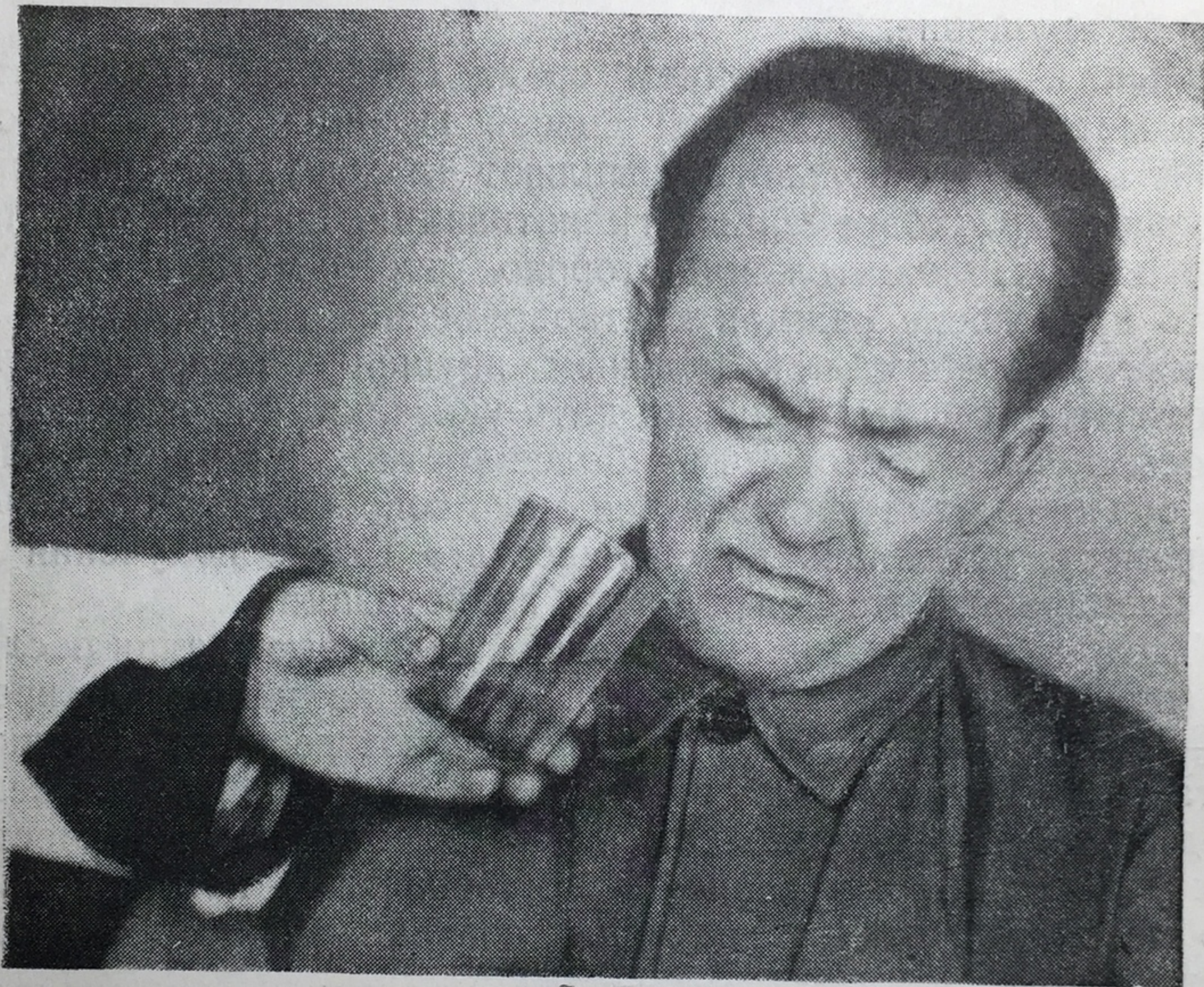


Рис. 5. Выработка тошнотной и рвотной реакции на алкоголь в гипнотическом состоянии.

нарушен или отсутствует, пробуждение затрудняется. В таких случаях надо попытаться восстановить раппорт, и тогда пробуждение достигается без всяких трудностей.

Методика гипнотерапии алкоголиков. В России лечение алкоголиков гипнозом стали применять в конце XIX и в начале XX века Бехтерев, Рыбаков, Певницкий, Токарский, Глинский, Платонов, Введенский и др.

В амбулаторной практике при первом посещении больного надо выяснить его внушаемость и, если он гипнолабилен, с первого же посещения начинать лечение гипнозом. Если больной находится в состоянии опьянения, ему рекомендуется явиться на прием на следующий день трезвым, чтобы подтвердить этим свое желание вылечиться. Необходимо подчеркнуть, что бросить пить для больного не представит особого труда. Гипноте-

рапию применяют первые две недели через день, а затем промежуток между сеансами можно постепенно удлинять и проводить их один раз в неделю в течение 3 месяцев; в дальнейшем гипнотерапию можно проводить один раз в две недели на протяжении года. Внушение должно быть убедительным и простым, без высокопарных, напыщенных фраз и запугивания.

Нужно внушать больному, что он будет равнодушен к вину, а затем последовательно внушать, что у него появится отвращение к алкоголю.



Рис. 6. Коллективная гипнотерапия алкоголиков.

щение, тошнота и рвота от вина. Мы весьма успешно вырабатывали условную эмоционально-отрицательную реакцию и условный рвотный рефлекс на алкоголь в гипнотическом состоянии, давая алкоголикам нюхать водку и даже пробовать ее, внушая при этом отвращение к алкоголю. Сомнамбулы крайне живо реагируют на такое внушение; на их лице появляется гримаса отвращения, происходит обильное выделение слюны, возникает тошнота и даже рвота.

Коллективная гипнотерапия алкоголиков. В условиях амбулаторий и стационаров наиболее приемлем предложенный в 1928 г. В. М. Бехтеревым метод коллективного гипноза. Больные размещаются в креслах, на скамьях, стульях таким образом, чтобы между ними можно было свободно ходить для проверки гипнотического состояния. Предварительно им вкратце рассказывают, какой вред приносит алкоголь человеку.

Беседа-лекция должна быть убедительной, иначе она не воздействует на слушателей. Непосредственно перед самым сеансом гипноза больным объясняют, как достигается гипнотическое состояние. Больные закрывают глаза и сосредотачиваются на мысли о сне. Далее внушается гипнотический сон. При проверке наступившего состояния гипноза врач обходит ряды больных и вызывает каталепсию, оставляя больных в таком состоянии на время всего сеанса. Затем проводится внушение. При пробуждении больным дается инструкция для осуществления методики самовнушения, которое каждый больной должен проводить ежедневно много раз перед сном в постели, с закрытыми глазами и утром перед вставанием.

Сеанс гипноза длится не больше 20 минут. Курс гипнотизации включает 3—6 сеансов.

В вопросе гипнотерапии мы не разделяем оптимистического взгляда ряда авторов (Синани, Токарский и др.), которые находят излишними какие бы то ни было вспомогательные средства, как фармакотерапия, физиотерапия и т. п., заявляя, что состояние здоровья их больных быстро улучшалось под влиянием одной гипнотерапии. Мы в своей практике применяем лишь комбинированное лечение.

Внушение наяву. У гипнолабильных алкоголиков можно с успехом вызывать гипнотическое состояние и проводить постгипнотическое внушение наяву, не прибегая к вызыванию гипнотического сна. Больному закрывают глаза и властно говорят, что веки у него слиплись и он не может их открыть, или поднимают его руки и говорят, что он больше не может их опустить. Подобным образом можно внушить анестезии, галлюцинации и т. п. В таком же состоянии внушают и отвращение к алкоголю. Внушение наяву при закрытых глазах, без вызывания гипнотического состояния целесообразно применять, если больные желают лечиться гипнозом, но почему-либо не поддаются ему. В таких случаях необходимо подчеркивать, что внушение наяву оказывает такое же влияние, как и внушение в гипнотическом состоянии.

Самовнушение. Известную пользу может принести самовнушение. Самовнушение целесообразно применять лишь в тех случаях, когда алкоголики в силу неблагоприятных обстоятельств не могут подвергаться систематическому лечению в амбулатории и стационаре. Больному внушается убеждение, что он сам может проводить себе внушение. Проводится ряд подготовительных опытов, благодаря которым больной убеждается в силе внушения. Затем ему внушают отвращение к алкогольным напиткам, хорошее самочувствие, бодрость, веру в излечение. Самовнушение нужно проводить с учетом индивидуальных способностей больного.

При лечении алкоголиков этим методом для фиксации внимания можно давать больным табличку с такими словами:

«Алкогольных напитков я никогда принимать не буду. Водка, вино, пиво, коньяк, наливки и другие спиртные напитки мне неприятны. С каждым днем отвращение к алкоголю во мне увеличивается. Мое здоровье с каждым днем улучшается все больше и больше. Я здоров, совершенно здоров».

Рациональная психотерапия. При рациональной психотерапии необходим правильный подход к алкоголикам без излишнего резонерства и морализирования, создание подлинного психотерапевтического контакта, что является одним из важных условий успешного лечения. Рапопорт справедливо отмечает, что активный интерес, сердечный подход, здоровый оптимизм — вот то основное, что должен встретить больной у врача-психотерапевта. Спокойный, участливый тон должен сохраняться и в дальнейших беседах. Больному необходимо объяснить механизм привыкания к наркотикам, ознакомить его с основными факторами, играющими роль в развитии алкоголизма. Необходимо разубедить больного в том, что его заболевание будто бы предрешено, являясь своего рода фатумом, с которым бесполезно бороться, а, наоборот, доказать, что алкоголизм — болезнь, вызванная ошибочным поведением больного при тех или иных неблагоприятно для него сложившихся обстоятельствах; подчеркнуть роль примера окружающих, роль бытовых моментов и т. п.

В целях профилактики рецидивов больного необходимо ознакомить с их механизмом. Нужно разъяснить больному, что как бы он долго ни воздерживался от алкоголя, возможность рецидива сохраняется чрезвычайно долго, иногда на всю жизнь, и провоцирующим фактором, вызывающим рецидив, является опять-таки алкоголь, ввиду чего больной всю жизнь должен воздерживаться от употребления спиртных напитков.

Ф и з и о т е р а п и я

При терапии хронического алкоголизма с успехом применяется как амбулаторно, так и в стационарах физиотерапия: токи д'Арсонваля, статическое электричество (франклиннизация и др.). Особенно благотворно действует на алкоголиков фототерапия в виде ультрафиолетовых лучей.

Алкоголикам назначают общее облучение кварцем. Курс такого лечения состоит из 10—20 облучений. Горелка должна находиться на расстоянии 100 см от облучаемой части тела.

Начинают облучение с 3 минут, первые 10 сеансов прибавляют по одной минуте, а с 11-го сеанса добавляют по 2 минуты. В течение 19-го и 20-го сеансов облучают по 30 минут как переднюю, так и заднюю поверхность тела.

Противопоказаниями к фототерапии служат лихорадочные состояния, кровотечения и склонность к ним, активные формы туберкулеза, злокачественные опухоли, декомпенсированные пороки сердца с склонностью к геморрагиям, злокачественная

анемия, старческая дряхлость, выраженная гипертония, грудная жаба, тяжелые формы органических поражений центральной нервной системы.

Токи д'Арсонваля применяются в виде общей или местной д'арсонвализации. Общая д'арсонвализация оказывает благотворное влияние на нервную систему, уменьшая ее возбудимость, а также способствует нормализации кровяного давления как у гипертоников, так и у гипотоников. Местная д'арсонвализация назначается алкоголикам, страдающим головными болями, невралгиями и т. п., ибо она понижает все виды чувствительности, в том числе и болевую.

Общая д'арсонвализация противопоказана при грудной жабе, гипертонии, аневризме аорты, тяжелых сердечно-сосудистых неврозах, резкой гиперестезии при применении местной д'арсонвализации, а также при идиосинкразии к этой процедуре.

С успехом применяется у алкоголиков статическое электричество.

Из других электропроцедур применяется гальванический воротник по Щербаку. Четырехкамерные ванны благотворно влияют на алкоголиков при болях в конечностях, неправильно трактуемых как ревматические. Эти боли зависят от перерождения периферических веточек чувствительных нервов. После 10—15 четырехкамерных ванн эти боли уменьшаются или проходят. При вазопатии и склерозе хорошие результаты дает ионизация с иодистым калием по Бургиньону. Другие электропроцедуры (диатермия и т. п.) применяются в зависимости от медицинских показаний.

Гидротерапия

Из гидротерапевтических процедур наиболее полезными для алкоголиков считаются индифферентные ванны температуры $35-36^{\circ}$ и длительностью 10—15 минут, назначаемые обычно ежедневно. Подобные ванны, особенно если они проводятся перед сном, улучшая сон, действуют успокаивающим образом на центральную нервную систему, а также оказывают благотворное влияние на сердечно-сосудистую систему.

Весьма полезны ежедневные обтирания всего тела следующим составом: 3 столовые ложки столового уксуса, 1 ложку хвойного экстракта, 3 столовые ложки поваренной соли и одну столовую ложку одеколлона растворяют в 15 стаканах воды комнатной температуры. Этим составом смачивают половину полотенца из грубой ткани и последовательно вытирают все тело сначала мокрой половиной, а затем сухой.

Рекомендуются также холодные души, обливание водой температуры $30-32^{\circ}$. Весьма благоприятно действует на алкоголиков душ Шарко и циркулярный душ. Полезно также ку-

панье в море или реке, полуванны с обливанием. Особенно благотворное влияние гидротерапия оказывает на вегетативную нервную систему, регулируя ее функции.

Физкультура

Физкультура должна найти широкое применение при лечении алкоголиков как в стационарах, так и в диспансерах. Физкультура благотворно действует на обмен веществ. Больные должны систематически заниматься врачебной гимнастикой. В зависимости от физического состояния, больных распределяют по группам и проводят с ними тот или иной вид физкультурных упражнений. Мы обычно рекомендуем больным утреннюю физкультурную зарядку в течение 5—10 минут.

Врачебную гимнастику следует сочетать со спортом. Помимо того, должны систематически проводиться различные экскурсии.

В физкультурные занятия мы включаем ходьбу, бег, гимнастику, дыхательную гимнастику. Из игр рекомендуется волейбол, городки, крокет, теннис. Зимой рекомендуется лыжный спорт, коньки, летом — гребля и купание. При лечении алкоголиков должно широко использоваться также солнце, воздух и вода. Физкультуру у алкоголиков мы должны проводить с таким расчетом, чтобы поднять их мышечный тонус, насытить физкультуру эмоционально радостным содержанием, пробудить у больных интерес к физкультурным упражнениям и спорту.

Нужно помнить, что пребывание в коллективе активизирует, тонизирует больных, отвлекает их от болезненных мыслей, поэтому гимнастику и другие упражнения следует проводить коллективно, в группе и лишь при невозможности осуществить это — индивидуально.

Утреннюю зарядку целесообразно проводить под ритмическую музыку, которая положительно влияет на эмоциональную сферу больных.

Культтерапия

Культтерапия как в стационарах, так и в диспансерах должна стать неотъемлемой частью лечебной работы, одним из важных методов активной терапии алкоголизма.

Основные задачи культтерапии следующие:

1) пробудить у больных интерес к культурным развлечениям: театру, радио, кино, музыке, книгам, газетам, лекциям, работе в кружках, библиотеке и т. п.;

2) привить больным антиалкогольные навыки;

3) втянуть больных в активную культурно-общественную работу.

Культтерапию следует строить с таким расчетом, чтобы вызвать активный интерес к ней самого больного. Например,

нельзя рекомендовать музыку больному, который ее не выносит и которого она раздражает. Больного необходимо заинтересовать таким видом культурного развлечения, к которому он испытывал бы активный интерес. Следовательно, необходим индивидуальный подход к больному.

Мы проводим культтерапию среди алкоголиков примерно следующим образом: при собирании анамнеза выявляем отношение больного к культурным развлечениям, а затем при первых же беседах стараемся разъяснить больному, что он часто искал веселья в алкоголе, ибо ему были чужды, а подчас и незнакомы другие виды развлечений, позволяющие приятно провести досуг и значительно обогащающие познания человека.

Если у больного выявляется интерес к какому-либо виду культурных развлечений, нужно этот интерес всячески развивать с тем, чтобы больной по выходе из лечебного учреждения в дальнейшем самостоятельно заполнял свой досуг разумными развлечениями, чтобы у него появилось желание повысить свои знания, свою квалификацию и т. д.

Больных, у которых интересы приблизительно одинаковы, целесообразно объединять в группы; под руководством компетентных лиц они должны посещать театры, кино, концерты, музеи, картинные галереи, библиотеки и т. д. Такие экскурсии пробуждают у больных активный интерес к культурным развлечениям.

Необходимо разъяснять больным, что не следует при малейшей жизненной невзгоде или неприятности стараться уйти от реальности и забыться, одурманить себя алкоголем, что искать успокоения надо в разумных развлечениях (музыке, театре, кино, хорошей книге, спорте, физкультуре и т. п.).

Умело проводимая культтерапия может принести большую пользу в деле восстановления здоровья алкоголиков. Для проведения культтерапии должен существовать штат культтерапевтов, затейников-массовиков или педагогов. Культтерапия, которая применяется сейчас в некоторых лечебных учреждениях для алкоголиков, а также в невро-психиатрических стационарах, крайне неудовлетворительна, часто она проводится людьми, не имеющими достаточной подготовки и опыта в этой области.

Массовая культработа в лечебных учреждениях для алкоголиков особенно целесообразна, поскольку она заполняет досуг больных, отвлекает их от еще не заглухнувшего влечения к алкоголю, пробуждает в них моральные качества. Должны быть организованы самодеятельные кружки: музыкальный, хоровой, сценический, литературный, шахматно-шашечный и т. д. Следует также уделять серьезное внимание антиалкогольному просвещению. Обычно мы проводим с этой целью цикл лекций на следующие темы: 1) алкоголь и здоровье; 2) хронический алкоголизм и его профилактика; 3) алкогольные психозы и их

лечение; 4) алкоголизм и производительность труда, семья, венерические заболевания, туберкулез, преступность); 5) нервные болезни и их профилактика; 6) борьба с алкоголизмом; 7) рецидивы алкоголизма и их предупреждение.

Эти лекции должны проводиться врачами-специалистами, основываться на конкретном материале и быть достаточно популярно изложенными.

Культработа среди алкоголиков должна проводиться по определенному плану, выработанному совместно с бригадами из состава больных.

Т р у д о т е р а п и я

Большинство алкоголиков в отличие от психически больных уже через несколько дней после стационарирования проявляют интерес к какому-либо труду. Часть алкоголиков нередко являются хорошими производственниками в период воздержания от алкоголя, давая высокую производительность труда и хорошее качество работы, проявляя подлинный производственный энтузиазм, поэтому, попадая в лечебное учреждение, эти лица и тяготеют к безделью.

Трудотерапия как лечебный фактор, комбинированный с другими методами лечения, играет большую роль при лечении алкоголизма и должна строиться таким образом, чтобы было целесообразно использовано все свободное время больных, создана трудовая и культурная обстановка. Больные получают моральное удовлетворение от трудовых процессов, проводимых ими в стационарах, благодаря сознанию того, что на время лечения они не исключены из трудовой жизни.

Трудотерапия должна назначаться каждому больному в отдельности с таким расчетом, чтобы она не вызывала неудовлетворенности, безразличия или отвращения к труду. Поэтому врач, назначая больному трудотерапию, должен считаться с его специальностью и влечением к той или иной работе. Весьма полезно сочетать трудотерапию с культтерапией. В деле выбора трудового процесса должен быть строго индивидуальный, дифференцированный подход.

За больными, которым назначается трудотерапия, должно устанавливаться динамическое наблюдение с учетом воздействия труда на психофизическую сферу. Наряду с субъективными данными о проводимой трудотерапии, следует учитывать такие объективные данные, как кровяное давление, морфологический состав крови, биохимия крови, состояние психики, причем труд дозируется в зависимости от полученных данных.

Первые 3—4 дня поступившие в стационары алкоголики должны соблюдать постельный режим, особенно при наличии тяжелых сдвигов со стороны психофизической сферы и абстинентного синдрома. Когда похмельные явления смягчаются, что бывает обычно на 3—5-й день, целесообразно назначать боль-

ным трудотерапию. Последняя должна занимать от одного до 7 часов. Даже больным с ослабленным сердцем и пониженным кровяным давлением можно назначать труд вначале в течение часа, постепенно повышая его длительность, конечно, под контролем сердца и кровяного давления. Необходимо при этом учитывать и субъективные ощущения больного.

В стационарах для алкоголиков необходимо проводить лекции и беседы, разъясняющие вопросы трудотерапии, сравнивая результаты, достигнутые у больных, которым назначалась трудотерапия, с результатами, полученными у больных, не подвергавшихся этому методу лечения.

Необходимо отметить, что неработающие больные тормозят процесс своего выздоровления. Отдельные лица указывают, что они пришли лечиться, а не работать и что работать они успеют. Таким больным следует разъяснять, что труд в сочетании с другими активными методами лечения является мощным фактором, позволяющим в короткие сроки восстановить здоровье. Подобные беседы способствуют здоровой атмосфере в стационаре и создают установку на лечение трудом. Что касается видов труда, рекомендуемых для алкоголиков, то наиболее благоприятно на них влияет физический труд, связанный с активными движениями.

При стационарах для алкоголиков рекомендуется открыть лечебно-производственные мастерские, где могли бы заниматься трудотерапией больные, находящиеся на излечении. Производство в этих мастерских должно быть несложным, чтобы даже не имеющие квалификации больные могли быстро его освоить (ящичная, тапочная, штамповочная, матрацная, игрушечная, картонажная, выпилочная и другие мастерские).

Каждой мастерской должен руководить специалист-инструктор, который обучает больных производственным процессам. Обычно следует практиковать ученичество, т. е. обучение инструктором или больным, имеющим определенную квалификацию, больных, не знающих этого дела. Весьма часто больные быстро осваивали несложные процессы столярного, слесарного, сапожного и переплетного дела, причем у большинства больных пробуждалось желание работать как можно лучше. Выписавшись из стационара, такие больные часто совершенствовали свои знания и приобретали квалификацию слесаря, токаря, столяра и т. д.

Если невозможно развернуть трудотерапию в лечебном учреждении, ее можно проводить на соседних фабриках, заводах, в мастерских, совхозах и колхозах. Больных следует объединять в бригады под руководством бригадира из числа больных.

Больные, находившиеся в московской невро-психиатрической лечебнице для острого алкоголизма, работали на соседнем деревообделочном заводе под руководством бригадиров из числа своих же товарищей, без надзора со стороны медицин-

ского персонала. Работа проходила вполне успешно. Больные-алкоголики гордились оказанным им доверием со стороны врачебного персонала, давшего им возможность работать без надзора, и вполне оправдывали это доверие. Правда, были отдельные больные, думавшие о том, как бы отлучиться с завода и достать алкоголь, но остальные больные давали им решительный отпор.

Весьма важно учитывать состояние психики каждого больного. При направлении на трудотерапию врач должен назначить больному такую работу, чтобы он мог тренировать свои ослабленные психические функции: волю, внимание, память и т. д. Подобная тренировка, в конце концов, если не совсем устраняет болезненные симптомы, то во всяком случае дает значительное улучшение.

У большинства алкоголиков наблюдается склонность работать в столярной мастерской. Некоторые квалифицированные рабочие не проявляют желания работать по своей специальности, а охотно работают по другой, новой для них специальности. Никогда не следует уговаривать больных работать по нежелательной для них специальности, ибо это оказывает лишь отрицательное действие. Трудотерапию надо строить так, чтобы больные получали моральное удовлетворение.

Среди алкоголиков встречаются такие, которые работают «запоем». Четыре часа трудотерапии их не удовлетворяют, они рвутся к работе, заявляя: «Если я работаю, то работа отвлекает меня от влечения к алкоголю, вызывая здоровое рабочее настроение, а без работы я себя плохо чувствую». Конечно, в этих случаях приходится считаться с желанием больных и назначать им труд в большей дозе, чем прочим больным.

Труд в мастерских и на других объектах организуется по следующей схеме.

Из состава больных выделяются бригады, которыми руководят бригады, вербуемые из числа больных, имеющих квалификацию. Инструктора мастерских дают бригадирам задания по работе. Вся исполненная за день работа учитывается инструкторами и бригадирами.

Медицинское наблюдение ведется лечащими врачами.

Считаем необходимым бегло остановиться на трудотерапии в наркоприемниках и колониях для алкоголиков. Наркоприемники предназначены для оказания помощи при остром отравлении алкоголем и состоят из отделения для вытрезвления, где больные находятся от нескольких часов до суток, и отделения для кратковременного стационарирования. В отделении для вытрезвления трудотерапия нецелесообразна, ввиду того что туда доставляются больные с острой алкогольной интоксикацией в сильно возбужденном состоянии.

Что касается стационаров в наркоприемниках, где больной находится 5—10 дней, то там трудотерапия, наряду с другими

активными методами, безусловно осуществима и целесообразна. Трудовые процессы можно проводить или в самом стационаре, или в небольшой мастерской закрытого типа.

Вполне осуществима и полезна трудотерапия для алкоголиков, лечащихся амбулаторно в диспансерах, но в силу своей болезни потерявших связь с производством, ибо трудотерапия спасает от их окончательной деградации и поддерживает как морально, так и материально. Подобных больных необходимо направлять в лечебно-производственные мастерские. Что касается больных, не имеющих квалификации, то их нужно приучить к несложному квалифицированному труду с таким расчетом, чтобы они могли его усвоить за короткий срок.

Во главе мастерских должен стоять врач-психиатр. Он же тщательно отбирает направляемых туда больных из числа алкоголиков, излечимых в условиях диспансера, но потерявших работу из-за пьянства, при наличии у них серьезной установки на лечение.

Больным перед направлением в мастерские следует разъяснить, что при пьянстве в мастерской или при появлении на работе в нетрезвом виде, а также в состоянии похмелья они будут немедленно выписаны. Мастерские существуют на хозяйственном расчете. Здесь не должна иметь место уравниловка, зарплата строго дифференцируется. Срок работы в таких лечебно-производственных мастерских колеблется от 2 до 6 месяцев.

Параллельно с работой в мастерских больные должны лечиться в диспансерах.

Важно, чтобы в процессе лечения в лечебно-производственных мастерских больные были устроены на постоянную соответствующую их квалификации работу. Наряду с этим, необходимо оздоравливать социально-бытовые условия больных, вовлекать их в общественно-культурную работу, прививать им антиалкогольные навыки. При правильной постановке дела подобные лечебно-производственные мастерские вполне рентабельны, полезны и являются большим подспорьем в деле лечения алкоголизма.

Лечебное питание

Лечебное питание является весьма важным разделом терапии алкоголизма. Между тем вопросы диететического питания алкоголиков почти не разрабатывались и врачи-психиатры уделяли этому важному вопросу мало внимания.

Часто наблюдаемый у алкоголиков резкий упадок питания, авитаминоз и гипоавитаминоз, нарушение обмена веществ, соматические заболевания, полиневриты, болезни сердца, печени, желудочно-кишечного тракта и т. п. можно успешно лечить путем назначения соответствующего пищевого режима.

При назначении диеты необходимо учитывать, кроме заболевания, индивидуальные особенности больных (пищевая ана-

филаксия). Ввиду отсутствия точных данных о нормах питания для алкоголиков, мы исходим в приводимых ниже нормах из средних норм, установленных физиологами.

Несмотря на всю дискуссионность вопроса о количестве пищевых веществ, необходимых организму, все же на основе имеющихся физиологических исследований можно считать за норму суточной потребности человека следующий пищевой рацион: 121 г белка, 59 г жиров, 510 г углеводов, что составляет 3 135 калорий. Это — стандарт для человека среднего роста, ведущего деятельный образ жизни.

При расчете суточного белкового рациона необходимо учитывать степень усвояемости белков. Животные белки, родственные по своему строению белкам человеческого организма, являются наиболее полноценными, растительные же белки значительно ниже по своей биологической ценности. Полноценными белками называются те белки, которые содержат все аминокислоты, могут покрыть полностью потребности взрослого организма и поддерживать рост молодого; к ним относятся главным образом белки животного происхождения.

Хлебные злаки, корни и корнеплоды, за исключением картофеля, содержат неполноценные белки. Белки животного происхождения должны составлять не менее $\frac{1}{3}$ всего белкового рациона. Жирам животного происхождения, несмотря на возражения некоторых авторов, все-таки следует отдать предпочтение перед растительными жирами, вследствие их лучшей усвояемости, содержания витамина А и некоторых липоидов. Последние два фактора способствуют повышению сопротивляемости организма инфекции. Основное количество калорий в пищевом рационе человека приходится на углеводы, в большинстве растительного происхождения, за исключением молочного сахара и гликогена. Углеводы употребляются в виде полисахаридов (крахмал) или дисахаридов (тростниковый, молочный и свекловичный сахар).

Углеводы находятся также в различных фруктах и овощах, которые, наряду с углеводами, содержат большие количества витаминов и минеральных солей. Питательные вещества при сгорании в организме дают следующее количество калорий: 1 г белка — 4,1 калории, 1 г жира — 9,3 калории, 1 г углеводов — 4,1 калории.

Что касается минеральных солей, то важно не только абсолютное их количество в организме, но также их соотношения. Минеральные соли содержатся в продуктах животного и растительного происхождения, а также в воде.

При составлении пищевого рациона следует помнить о необходимости введения в организм достаточного количества минеральных солей и витаминов. Суточное количество воды, потребное для взрослого человека, составляет около 2,5 л, куда входит также вода, содержащаяся в пищевых продуктах.

Пища алкоголиков должна быть разнообразной и богатой витаминами. Однообразная пища в течение продолжительного времени может вызвать у больных потерю аппетита и отвращение к еде, авитаминоз или преавитаминозное состояние, описанное проф. Певзнером при разного рода хронических заболеваниях (падение работоспособности, общая слабость, плохой вкус во рту и целый ряд симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта), запоры либо поносы.

Рубнер считает, что при строгом соблюдении постельного режима суточная потребность среднего человека в пище на 1 кг веса составляет 24—30 калорий; при обычном постельном режиме—30—34 калории, при образе жизни без физической работы—34—40 калорий, при средней работе—40—45 калорий, при тяжелой работе—45—60 калорий.

Нормы питания для алкоголиков выведены нами на основе имеющихся данных об обмене веществ у алкоголиков. Под лечебным питанием следует подразумевать рациональный пищевой режим, при котором в организм вводятся в достаточном количестве дефицитные для него в данный период химические вещества, одновременно щадящие желудочно-кишечный тракт, который у алкоголиков поражен в той или иной степени. Исследованиями установлено, что у алкоголиков нарушен углеводный, витаминный, солевой и газовый обмен. Правильно построенный пищевой режим способствует быстрому восстановлению нормального обмена веществ. Мы считаем нужным оговориться, что параллельно с введением в организм в достаточном количестве недостающих химических веществ, необходимо воздействовать также и на центры, регулирующие обмен веществ.

Наши наблюдения показали, что, несмотря на избыточное введение с пищей в организм солей кальция, хлоридов, углеводов, последние усиленно из него выводятся, чем, возможно, и объясняется нарушение обмена веществ. Все же, несмотря на усиленное выведение из организма дефицитных для него веществ, лечебное питание в сочетании с другими методами лечения может принести известную пользу.

Больные должны получать пищу, богатую углеводами, солями кальция, хлоридами и железом. Первые 5—6 дней, ввиду катарральных явлений со стороны желудка и кишечника, лучше назначать больным диету. В эти дни можно давать им в обильном количестве сладкий чай, молочные продукты (молоко, масло, сыр), кисель, рисовую молочную кашу, мясной бульон. По истечении 5—6 дней переходят к общей лечебной диете для алкоголиков. Больные должны есть понемногу, в определенные часы, причем целесообразнее всего принимать пищу четыре раза в день.

Ниже приводится примерный суточный набор продуктов, рекомендуемый нами для алкоголиков. Однако следует помнить, что пищевой режим надо строго индивидуализировать

Проект нормальной диеты для алкоголиков

№ п/п	Наименование продуктов	Вес нетто в г	Белок	Жиры	Угле- воды	Кало- рии	Вес брутто
1	Молоко	200,0	6,24	6,98	9,88	131,0	200,0
2	Масло сливочное	45,0	0,44	37,79	0,27	354,32	45
3	Масло животное	15,0	0,25	12,59	0,08	113,11	15
4	Сметана	45,0	1,89	11,23	0,78	115,23	45
5	Творог	20,0	2,83	0,11	0,23	13,59	20
6	Яйца	60,0	7,30	6,91	0,33	95,46	60
7	Масло растительное	5,0	—	4,65	—	43,29	5
8	Мясо	80,0	15,65	4,20	0,53	105,39	112
9	Куры	40,0	7,54	1,94	0,43	50,67	60
10	Рыба	40,0	7,53	0,11	—	31,95	68судак
11	Колбаса	20,0	2,69	2,84	0,8	40,74	20
12	Хлеб черный	210,0	12,16	0,97	117,75	543,54	210
13	Хлеб белый	150,0	8,23	0,93	59,0	284,59	150
14	Сухари	15,0	1,11	0,32	10,79	51,85	15
15	Мука пшеничная	50,0	5,05	0,34	35,79	170,56	50
16	Мука картофельная	2,0	0,01	—	1,45	6,02	2
17	Рис	20,0	1,3	0,23	14,34	66,3	20
18	Пшено, перловая крупа	10,0	0,74	0,19	6,24	30,32	10
19	Манная крупа	15,0	1,2	0,12	11,05	51,33	15
20	Гречневая крупа	10,0	0,8	0,16	6,44	31,16	10
21	Макароны	15,0	1,39	0,08	10,9	51,48	15
22	Сахар	90,0	—	—	85,06	348,74	90
23	Горох зеленый	5,0	0,97	0,16	2,52	15,77	—
24	Брюква	20,0	0,14	0,03	1,11	5,38	25
25	Капуста свежая	180,0	1,99	0,27	7,45	41,18	283
26	Морковь	80,0	0,57	0,2	5,94	28,56	100
27	Капуста брюссельская	15,0	0,17	0,02	0,62	3,43	20
28	Салат	15,0	0,15	0,03	0,29	2,1	20
29	Лук	10,0	0,11	0,01	0,89	4,16	11
30	Кабачки	65,0	0,7	0,04	2,01	11,6	80
31	Баклажаны	30,0	0,26	0,04	1,17	6,27	37
32	Укроп и петрушка	5,0	0,01	—	0,1	0,82	6
33	Помидоры	50,0	0,30	0,08	1,63	8,72	55
34	Коренья	30,0	0,21	0,51	15,28	68,25	37
35	Щавель	25,0	0,39	0,1	0,7	5,44	30
36	Шпинат	20,0	0,48	0,08	0,59	5,18	25
37	Огурцы свежие, соленые	30,0	0,22	0,03	0,54	3,35	50
38	Картофель	200,0	2,78	0,38	37,15	167,28	280
39	Репа	5,0	0,04	0,01	0,28	1,35	6
40	Капуста	30,0	0,33	0,05	1,24	6,86	40
41	Свекла	50,0	0,75	0,04	4,75	22,94	62
42	Капуста квашеная	5,0	0,04	0,02	0,14	0,89	7
43	Фасоль	3,0	0,58	0,1	0,51	9,46	3
44	Груши сушеные	1,0	0,22	0,02	0,31	2,39	1
45	Тыква	20,0	0,22	0,01	0,61	3,52	25
46	Лимон и мандарин	10,0	0,08	—	0,55	2,55	21
47	Ягоды	15,0	0,04	—	9,65	2,83	16
48	Яблоки	80,0	0,22	—	8,74	36,41	80
49	Вишня	10,0	0,08	0,04	0,92	4,41	11
50	Брусника	2,0	—	—	0,14	0,58	2
51	Сухие фрукты	20,0	0,42	—	11,37	48,13	20
52	Груша	35,0	0,08	—	2,96	12,52	38
53	Чернослив	5,0	0,1	0,02	3,41	14,58	6

№ п/п	Наименование продуктов	Вес нетто в г	Белок	Жиры	Угле- воды	Кало- рии	Вес брутто
54	Виноград	6,0	0,04	—	0,82	3,54	7
55	Дыня	20,0	0,12	0,02	1,14	5,37	22
56	Кофе	5,0	—	—	—	—	5,0
57	Чай	1,0	—	—	—	—	1,0
58	Какао	2,0	0,27	0,56	0,53	8,55	2,0
59	Ваниль	—	—	—	—	—	—
60	Уксус	—	—	—	—	—	—
61	Варенье	15,0	—	—	7,69	31,49	15
Всего		—	97,33	95,55	496,89	3326,20	—

в зависимости от возрастных и индивидуальных особенностей больного.

Мы придерживаемся следующего расписания: завтрак дается в 8 часов утра, обед — в 1 час дня, ужин — в 7 часов вечера, вечерний чай — в 9 часов вечера.

Полезно мясо и рыба всех видов, яйца, мучнистые вещества, всевозможные каши, молоко, сливочное масло и сметана. На 10—12-й день после стационарирования можно постепенно назначать больным вареные овощи — капусту, морковь, картофель, бобы и т. д. Если овощи плохо или совсем не перевариваются (контроль кала), следует от них воздержаться или вводить их в виде пюре в небольших количествах.

Весьма полезны фрукты: яблоки, груши, сливы, вишня, черешня, а также ягоды — земляника и черника — в сыром виде. Зимой полезно давать овощные и фруктовые соки: томатный, сливовый, яблочный, виноградный, а также чай из шиповника, который богат витаминами.

Из напитков можно рекомендовать чай, желудочный кофе, кефир, кумыс. Пищевой режим должен строиться таким образом, чтобы первые 5—10 дней больной получал не менее 2 500—3 000 калорий, а в последующем — от 3 500 до 4 500 калорий. Необходимо помнить, что часто, вследствие интоксикации алкоголем и связанного с этим недоедания, организм больных истощается, и уже через несколько дней после отнятия алкоголя у них появляется чрезвычайно большой аппетит, ввиду чего они нуждаются в усиленном питании. Часто, даже если больной получает в день от 3 000 до 3 500 калорий, мы все же наблюдаем у него значительную прибавку в весе (на 2—5 кг).

Глава IV

ЗАПОЙ (ДИПСОМАНИЯ)

Запой впервые описан в 1817 г. в Москве врачом Сальватори. Гуфеланд в 1819 г. предложил эту форму алкоголизма называть дипсоманией.

Синдром запоя выражается в непреодолимом страстном влечении к алкоголю и в расстройстве настроения. Часто запоем предшествует повышенная утомляемость, плохой сон, беспокойство, чувство страха. И. Н. Введенский описал случаи дипсомании, когда первым предвестником болезни были обонятельные галлюцинации (запах алкоголя). Изменение настроения не во всех случаях выражается одинаково, однако у большинства больных появляется тоска, гнетущая скорбь, их все раздражает, все становится противным, ими овладевает жуткое, невыносимое состояние, аффективная напряженность, нередко чувство страха.

Влечение к алкоголю бывает настолько сильным, что больные, несмотря ни на какие препятствия, запивают и пьют до тяжелой степени опьянения. Алкоголь поглощается в самых разнообразных видах и в огромных количествах — от одного до 2—4 л. Чаще всего больные пьют водку. Если таковой нет, они пьют вино, пиво, наливки, денатурированный спирт, сырец, одеколон, политуру, муравьиный спирт и др. Нередко больные, если у них под руками нет никакого алкоголя, пьют даже керосин.

Во время запоя больные бросают работу, все свои дела, чуждаются людей, легко вступают в ссоры, скандалят. Аппетит у них пропадает, и они почти ничего не едят. Язык густо обложен; губы трескаются, приобретают малиново-цианотичную окраску. Лицо гиперемировано, одутловатое. Сон нарушается. Если больные находятся вне дома и больницы, они пропивают все свои деньги и одежду, остаются часто в одном белье.

Подобное состояние длится от 2 до 8 дней. Наблюдаются и более длительные приступы запоя — до 2 недель, а изредка до одного месяца. Приступ запоя кончается так же внезапно, как и начинается. Постепенного снижения доз алкоголя, как это наблюдается при ложном запое или хроническом алкоголизме,

не наблюдается. Алкоголь становится противным, настроение больных улучшается. Запой нередко кончается длительным сном. Иногда отмечается частичная амнезия периода запоя. Больных мучают угрызения совести по поводу их «отвратительного пьянства». Они клянутся больше не пить, дают торжественные обещания и питают на этот счет самые благие намерения. Однако через некоторый промежуток, исчисляемый неделями, месяцами или годами, наступает повторный приступ дипсомании. В светлые промежутки больные ведут обычно трезвый образ жизни и алкогольных напитков не потребляют. В части случаев промежутки между запойными приступами сокращаются, и запойное пьянство может переходить в хронический алкоголизм. Одновременно у части алкоголиков систематическое пьянство может переходить в запойное. В этих случаях нужно думать не об истинной, а о ложной дипсомании.

Причина дипсомании еще окончательно не выяснена, и взгляды на этот счет крайне противоречивы. С. С. Корсаков относил дипсоманию к периодическим психозам, характеризующимся односторонним импульсивным влечением. С. С. Корсаков различал три вида дипсомании: а) ложную, когда имеет место периодическая меланхолия, при которой больной пьет вино лишь с целью заглушить тоску; б) дипсоманию как «выражение дегенерации, проявляющейся в непреодолимом влечении»; в) дипсоманию, являющуюся следствием длительного привычного употребления вина, т. е. переход привычного алкоголизма в запойный. Крепелин, Гаупп, Ашаффенбург связывают истинную дипсоманию с эпилепсией, относя ее к кругу эпилептических заболеваний. Осипов считает, что в основе дипсомании лежит циклофрения. Блейер указывает, что среди запойных алкоголиков попадаются и шизофреники.

Гуревич и Серейский подчеркивают, что большинство дипсоманов являются психопатами или эпилептиками. Наряду с этим, встречаются и лица, страдающие маниакально-депрессивным психозом. Гиляровский считает, что дипсомания возникает на почве психической дегенерации, наступившей вследствие длительного потребления алкоголя. Корсаков и впоследствии Жислин и Земмель указывали на переход привычного пьянства в запойное, придавая при этом значение абстинентному синдрому. Бинсвангер (Binswanger) неправильно считает, что запой возникает лишь у наследственно предрасположенных дегенеративных лиц. В своей практике мы встречали дипсоманию главным образом у тяжелых алкоголиков и у алкоголиков-травматиков.

Приступы запоя часто возникают в связи с травмой.

Возникает это заболевание в зрелом возрасте — в 30—40 лет. Описаны случаи начала заболевания и в более раннем, даже юношеском возрасте.

Дипсомания является довольно редким заболеванием. По нашим данным она составляет 3% алкогольных заболеваний.

Течение. При длительном существовании болезни промежутки между запоями сокращаются и запойные приступы сменяются систематическим пьянством со всеми симптомами хронического алкоголизма. Иногда во время запоя или вскоре после него больные кончают жизнь самоубийством. В части случаев наблюдается выздоровление.

Дифференциальный диагноз. Диагностика дипсомании не встречает затруднений. Расстройство настроения, безудержное влечение к вину и удовлетворение этого влечения, несмотря ни на какие препятствия, внезапное начало запоя и такой же конец, контрастная разница в поведении в периоды запоя и в промежутках между ними не дают повода смешивать это заболевание с хроническим алкоголизмом или псевдодипсоманией.

В светлые промежутки дипсоманы не пьют и ведут нормальный образ жизни; трудоспособность их восстанавливается. Несмотря на ясно выраженную клиническую картину дипсомании, многие врачи не распознают ее, присылая в лечебницу больных-алкоголиков с диагнозом дипсомании, хотя они таковой никогда не страдали.

Лечение. Каждый больной дипсоманией должен подвергаться тщательному лечению, ибо в противном случае заболевание может прогрессировать, переходя в хронический алкоголизм. В тех случаях, когда мы вправе предполагать эпилепсию, рекомендуются препараты люминала в дробных дозах, бромистые препараты, аутогемотерапия и протеинотерапия. Больные должны вести правильный образ жизни, не допуская никаких излишеств, избегая переутомления. Большую роль может также сыграть лечебное питание. Когда у больных появляются предвестники запоя, полезно их стационарировать в условиях лечебного учреждения.

В некоторых случаях запоя удавалось достигнуть хороших результатов с помощью инсулинотерапии. Инсулин назначается по 5—10 МЕ ежедневно в течение 2—3 недель. Одновременно рекомендуется вводить в пищевой рацион сахар по 200—300 г в день.

Приступ запоя, независимо от его этиологии, купируется такими наркотиками, как амитал-натрий, нембутал, бромурал с люминалом, эвипан, хлоралгидрат, паральдегид и т. п. В этот же период показано вливание 40% уротропина по 4—5 см³ ежедневно в течение 8—10 дней. Больным назначают тепловатые хвойные ванны, общее облучение кварцем. Полезно бывает применение нескольких эритемных доз кварца, действие которых аналогично протеинотерапии или аутогемотерапии.

В тех случаях, когда дипсомания является следствием хронического алкоголизма, ее лечат как хронический алкоголизм.

Глава V

АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

Алкогольную эпилепсию описал впервые Магнус Гусс (Magnus Guss) в монографии о хроническом алкоголизме. С. С. Корсаков описывал алкогольную эпилепсию как одно из проявлений алкогольной дегенерации потаторов, подчеркивая, что, наряду с «припадками эпилепсии», бывают «припадки головокружения, обмороки». М. О. Гуревич и М. Я. Серейский рассматривают алкогольную эпилепсию как самостоятельное заболевание, наблюдаемое при хроническом алкоголизме, подчеркивая, что алкоголь повышает готовность к судорожным реакциям. Крепелин, Братц, Блейлер, Жислин считают алкогольную эпилепсию самостоятельным заболеванием, развивающимся на почве хронического алкоголизма. Бинсвангер, Гауерс и другие воздерживаются от суждения о связи алкоголя с алкогольной эпилепсией. Несмотря на противоречия во взглядах относительно алкогольной эпилепсии, почти все исследователи приходят к выводу, что алкоголь является одним из самых сильнодействующих средств, провоцирующих судорожный припадок.

Алкогольная эпилепсия обычно развивается у больных алкоголизмом в тяжелой степени, т. е. больных, потребляющих большие дозы алкоголя в течение длительного срока. Часто алкогольная эпилепсия вызывается не только алкоголем, но и другими патогенными факторами; к их числу относятся травмы, хронические инфекционные болезни, например, малярия, физическое истощение вследствие ненормального питания, психическая травма, а также резкое нарушение обмена веществ, вызванное алкоголем. К алкогольной эпилепсии следует также отнести припадки, сопровождающие почти в $\frac{1}{3}$ случаев белую горячку, а также припадки, наблюдаемые при корсаковском психозе.

Алкогольная эпилепсия есть разновидность симптоматических, токсических эпилепсий. Обычно по прекращении пьянства алкогольная эпилепсия проходит.

Нам в алкогольной лечебнице редко приходилось наблюдать развитие алкогольной эпилепсии после 6—7 дней воздержания

от алкоголя. Некоторые авторы (Братц) считают, что алкогольная эпилепсия может проявляться в промежутке до 2 недель после воздержания от алкоголя. Припадки наблюдаются главным образом после приема значительных доз алкоголя, в несколько раз превышающих привычную дозу.

Клиническая картина. В состоянии опьянения или похмелья, часто после предшествующего алкогольного эксцесса, у больных появляются эпилептиформные припадки. Жислин считает, что припадки развиваются главным образом в состоянии похмелья. Бонгеффер указывает, что припадки развиваются главным образом после опьянения. В. А. Гиляровский отмечает судорожные припадки у алкоголиков при опьянении, считая их судорожной формой реакции нервной системы на отравление. Согласно нашим наблюдениям алкогольно-эпилептиформные припадки развиваются у большого числа алкоголиков при опьянении и у несколько меньшего числа — в состоянии похмелья. Братц подчеркивает, что первые припадки развиваются во время опьянения, а затем они могут не зависеть от такового, появляясь и по прекращении опьянения, но не позже 14-го дня после приема алкоголя. Мы наблюдали эпилептиформные припадки у алкоголиков, находившихся в состоянии опьянения. Эти припадки протекали то как настоящие эпилептиформные припадки, то в виде обмороков, сопровождаясь незначительными судорогами, то в виде децеребрационной ригидности, описанной Д. С. Футером. Атипичность таких припадков можно объяснить наркотизирующим влиянием алкоголя на кору мозга. В состоянии похмелья припадки обычно возникают без предшествующей ауры. Больные без крика, часто со стоном, как подкошенные, падают и теряют сознание. Лицо становится вначале бледным, но вскоре бледность сменяется цианотичным оттенком. Тело покрывается холодным потом, конечности холодеют, зрачки расширяются и не реагируют на свет. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Судороги выражены несколько слабее, чем при генуинной эпилепсии. В начале припадка отмечаются тонические судороги, длящиеся 20—40 секунд и переходящие в клонические. Дыхание неровное, нередко хрипящее. Из рта выступает пена. Нередко больной прикусывает язык. Пульс учащается. Непроизвольное мочеиспускание и дефекация большей частью бывают во время припадков в пьяном виде. В состоянии похмелья они встречаются редко. Эпилептический припадок длится 3—5 минут и переходит в сон, который бывает особенно глубоким и длительным при опьянении. У трезвых или алкоголиков в состоянии похмелья отмечается сонливость или кратковременный сон в течение 20—30 минут. По пробуждении больные о припадке не помнят. Припадки могут повторяться даже в течение дня, но это бывает редко.

В редких случаях может развиваться и настоящий *status epilepticus*. Мы на несколько сот больных алкогольной эпилеп-

сией отмечали его лишь в 2 случаях, причем в одном случае, наряду с алкоголизмом, у больного в анамнезе имелась травма головного мозга.

Течение алкогольной эпилепсии доброкачественное, она не дает эпилептических изменений личности, слабоумия, сумеречных состояний и т. д. В случаях алкогольной эпилепсии прогноз благоприятный при условии абсолютного воздержания от алкоголя. Однако у лиц, продолжающих злоупотреблять алкоголем, припадки не прекращаются. Они появляются как в состоянии опьянения и похмелья, так и в трезвом виде.

Припадки бывают редко, но протекают они крайне тяжело. Жислин разделяет алкогольную эпилепсию на четыре группы: 1) алкогольные эпилептические припадки, которыми сопровождается белая горячка; 2) припадки, возникающие в состоянии опьянения или похмелья; 3) припадки, развивающиеся исключительно в состоянии похмелья; наряду с этим, отмечаются также припадки в светлые промежутки, без всякой зависимости от алкоголя; эти случаи относятся к генуинной эпилепсии с доброкачественным течением; 4) случаи комбинации симптоматической эпилепсии при органическом поражении головного мозга с алкогольной интоксикацией.

Однако настоящей алкогольной эпилепсией можно назвать лишь две первые группы, что подчеркивает также и Жислин. Две другие формы эпилепсии представляют интерес лишь в отношении наблюдения, как влияет алкоголь на течение этих эпилепсий и как добавочные вредные факторы в виде алкоголя провоцируют эпилепсию, находившуюся в латентном состоянии.

Алкогольная эпилепсия характеризуется типичными эпилептиформными припадками, при которых часто можно проследить ауру, клонические и тонические судороги, прикусывание языка, недержание мочи и кала с последующими сном и амнезией.

При сочетании алкогольной и других эпилепсий эпилептические симптомы остаются и после длительного воздержания от алкоголя, в то время как алкогольная эпилепсия при воздержании от алкоголя быстро проходит. Братц по этому поводу категорически заявляет, что «никогда не бывает припадка, если больного на продолжительное время лишить алкоголя».

Дифференциальный диагноз может представлять некоторые затруднения. Иногда доброкачественно протекающая генуинная эпилепсия может дать повод к смешению ее с алкогольной эпилепсией. В период злоупотребления алкоголем подобная эпилепсия может обостряться, в светлые же промежутки она переходит в латентную форму, почему и создается впечатление, что причиной этой эпилепсии является алкоголь. Однако при тщательном исследовании таких больных можно установить, что припадки или намеки на сумеречные состояния наблюдались у них еще в раннем детстве. Некоторую трудность может представить диагностика эпилепсии больных, злоупотре-

бляющих алкогольными напитками при наличии органических заболеваний центральной нервной системы. Алкоголь может вызвать органические изменения в мозгу, обуславливающие возникновение припадков. Однако нет никакого основания относить эти припадки к алкогольной эпилепсии. Органические изменения центральной нервной системы вызываются многочисленными факторами — инфекцией, возрастными изменениями, травмами и т. п. У таких больных эпилептиформные припадки продолжаются и по прекращении приема алкоголя. При постановке диагноза следует всегда учитывать, что в случаях алкогольной эпилепсии отсутствует характерная эпилептическая деградация, вязкость, злобность, раздражительность, характерное слабоумие, сумеречные состояния, кроме того, при алкогольной эпилепсии после прекращения потребления алкоголя припадки вскоре (не позже 2 недель) прекращаются.

Обмен веществ. Во время и после припадка при алкогольной эпилепсии мы обнаруживали гипогликемию, снижение в крови количества холестерина, кислорода и повышение углекислоты. Содержание остаточного азота оставалось в пределах нормы, в то время как при генуинной эпилепсии отмечается задержка азота. Понижение сахара в крови зависит, повидимому, от нарушения функций поджелудочной железы, а также от расстройства функции печени, являющейся своего рода углеводным депо. Очевидно, недостаток сахара обуславливает тяжелое расстройство клеточного обмена, а это расстройство в свою очередь ведет к появлению патологических продуктов межклеточного обмена, вызывающих судороги.

Тяжелые изменения отмечаются также в крови. Количество гемоглобина и эритроцитов снижается. В тех случаях, когда припадки возникают в состоянии похмелья, наблюдается гиперлейкоцитоз. У больных, потребляющих огромные дозы алкоголя, отмечается лейкопения, причем припадки у них наступают в основном при опьянении. После припадка лейкоцитоз всегда больше выражен, чем до припадка. У части больных отмечается ядерный распад. Нередко обнаруживаются также миелоциты, отсутствующие в норме. Число юных лейкоцитов увеличивается от 1 до 9%. Возрастает также количество палочкоядерных лейкоцитов, колеблющееся между 6 и 17%. Число лимфоцитов в отдельных случаях увеличивается до 50%. Отмечается гипоеозинофилия. РОЭ в большинстве случаев вначале замедлена и повышается через 5—6 дней после припадка.

Из приведенной картины крови видно, что при алкогольной эпилепсии в организме больных имеются какие-то токсины.

Наличие значительного числа юных нейтрофильных лейкоцитов указывает на регенеративный сдвиг в крови. При генуинной эпилепсии в тех случаях, когда приступ заканчивается смертью, по данным Баклушинского, эозинофилы во время приступа отсутствуют, число лейкоцитов уменьшается в 4—5 раз,

а количество гемоглобина и эритроцитов снижается буквально за несколько часов. При обычных эпилептиформных приступах количество эритроцитов снижается перед припадком, эритроциты меняют форму, принимая в тяжелых случаях неправильные очертания — грушевидную форму с зазубренными краями или форму тутовой ягоды. Лимфоциты и одноядерные лейкоциты к началу приступа достигают максимума. К концу приступа развивается лейкоцитоз. Обратное развитие патологических сдвигов в крови после припадка генуинной эпилепсии заканчивается в течение 20 часов. В гемограмме больных генуинной и алкогольной эпилепсией наблюдается очень много общего, а именно лейкопения, гипоеозинофилия до припадка и гиперлейкоцитоз после припадка. Однако имеется и существенная разница; например, при генуинной эпилепсии обратное развитие патологического сдвига гемограммы заканчивается за 20 часов, тогда как при алкогольной эпилепсии этот срок удлиняется до 2—3 месяцев. В случаях генуинной эпилепсии гиперлейкоцитоз обусловлен увеличением числа нейтрофилов и лимфоцитов, тогда как при алкогольной эпилепсии это увеличение идет за счет юных и палочкоядерных форм и частично лимфоцитов. Форма эритроцитов при алкогольной эпилепсии в противовес генуинной не меняется, зато количество их уменьшается во много раз больше, чем при генуинной эпилепсии. Артериальное кровяное давление до припадка алкогольной эпилепсии бывает понижено, после припадка — повышается.

Лечение. Радикальным средством в борьбе с алкогольной эпилепсией является немедленное лишение больных алкоголя. Из симптоматических средств вначале можно давать препараты брома, дифенин, люминал. Уже одной такой меры, как прекращение потребления алкоголя, достаточно для излечения алкогольной эпилепсии. Больным категорически воспрещается употреблять спиртные напитки в течение всей жизни.

Больных алкогольной эпилепсией лечат в последующем так же, как и больных хроническим алкоголизмом. При развитии *status epilepticus*, который может возникать у алкоголиков с органическим поражением центральной нервной системы, необходимо принимать серьезные меры, без должного вмешательства это состояние нередко заканчивается смертью.

В таких случаях назначаются клизмы из хлоралгидрата, сердечные средства; иногда полезна спинномозговая пункция. В тяжелых, почти безнадежных случаях *status epilepticus*, наблюдавшихся в нашей практике, удавалось спасти больных путем введения им *per os* или посредством клизмы 30—40% алкоголя в количестве 100—200 см³ и одновременных внутривенных вливаний 40% глюкозы по 10—20 см³. Механизм действия алкоголя и глюкозы в таких случаях не вполне ясен, однако эффект они иногда дают исключительный.

Глава VI

БЕЛАЯ ГОРЯЧКА

Белая горячка представляет собой остро протекающий психоз, развивающийся главным образом у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Алкогольная этиология белой горячки до последнего времени всеми признавалась как незыблемая истина. Лишь в последние годы на основании изучения сравнительно обширного материала стали отрицать алкогольную этиологию белой горячки. Это заболевание может наблюдаться также при хроническом отравлении снотворными средствами (паральдегидом, вероналом, хлоралгидратом и др.).

Белая горячка наблюдается как у лиц, длительно злоупотребляющих алкоголем, так и у сравнительно молодых людей, принимающих алкоголь всего лишь несколько лет.

Приступ белой горячки часто провоцируется добавочными вредностями; к ним относятся разного рода инфекционные заболевания, воспаление легких, заболевания желудочно-кишечного тракта, психические и физические травмы и т. п. Предполагали, что белая горячка может возникнуть также в результате внезапного лишения больного алкоголя, однако большой практический опыт стационаров для алкоголиков и психиатрических больниц, где алкоголиков лишают алкоголя сразу, не дает никаких оснований опасаться абстинентного делирия, чего так боятся некоторые врачи.

Патогенез белой горячки еще недостаточно ясен. Белая горячка является токсическим психозом, но о характере вызывающих ее токсинов мы знаем очень мало. Однако можно с полной уверенностью сказать, что эти токсины появляются только после длительного злоупотребления алкоголем. Некоторые авторы причиной белой горячки считали острую почечную недостаточность. Частое совпадение белой горячки с инфекционными заболеваниями давало повод Якобсону и др. предполагать ее инфекционную сущность. Тулуз указывал, что причину белой горячки следует искать в энцефалите, вирус которого еще не известен, Бонгеффер и Якобсон основную роль отводили кишечному яду. Крепелин, видя в белой горячке метаалкогольное заболевание, сравнивает ее с диабетическим

ческой комой и предполагает в таких случаях отравление продуктами неправильного обмена веществ. Многие авторы приписывают большую роль нарушению дезинтоксикационной функции печени вследствие воздействия на нее алкоголя. Некоторые авторы видят в белой горячке простое обострение хронического алкоголизма (Розе и др.), другие предполагают, что при хронической интоксикации алкоголем образуется токсин, вызывающий белую горячку, противоядием которого опять-таки является алкоголь, объясняя таким образом возникновение абстинентного делирия. М. О. Гуревич и М. Я. Серейский правильно отмечают, что внезапное лишение алкоголя не может быть причиной белой горячки. О безвредности внезапного лишения больных алкоголя, практикуемого в психиатрических больницах и специальных лечебницах, мы уже говорили выше.

Проводя ряд биохимических исследований при белой горячке, мы в дестиллятах крови, мочи и спинномозговой жидкости обнаружили значительное содержание редуцирующего вещества, отличавшегося от алкоголя тем, что оно перегонялось при более низкой температуре и давало почти все реакции, характерные для альдегидов. Учитывая высокую токсичность альдегидов, которые, по мнению Кравкова, являются одним из самых ядовитых соединений жирного ряда, следует отметить, что альдегидоподобные вещества нам удавалось обнаружить в выраженных случаях белой горячки и у тяжелых алкоголиков в первые 1—2 дня после лишения их алкоголя, при остром алкогольном галлюцинозе. Очевидно, в некоторых случаях у хронических алкоголиков нарушается окисление алкоголя; недоокисленные продукты алкоголя, будучи токсичнее, чем алкоголь, достигнув известной концентрации, в сочетании с каким-то еще неизвестным нам токсином могут вызывать тот или иной алкогольный психоз.

Клиническая картина. Белой горячке часто предшествуют продромальные явления, которые наблюдаются от нескольких недель до нескольких месяцев. Больные становятся беспокойными, пугливыми, легко раздражаются. Настроение становится тоскливым, нередко появляется немотивированный страх. Особенно значительны нарушения сна. Сон становится беспокойным, укорачивается. Сновидения кошмарные, яркие: больным снятся лошади, верблюды, звери, движущиеся, как в калейдоскопе, или набрасывающиеся на них. Снятся чудовища, не существующие в природе, и т. п. Под влиянием таких снов больные в испуге просыпаются, кричат, пытаются бежать.

Отмечается понижение или полное отсутствие аппетита, тяжесть в голове или головная боль. Тремор рук усиливается. Кровяное давление несколько повышается. У части больных появляются поносы или запоры. Жислин указывает на эмоциональное и психомоторное оживление, некоторую эйфорич-

ность, которые сменяют общий депрессивный фон и однообразную, тревожную окраску настроения в состоянии похмелья.

За 2—5 дней перед началом белой горячки все описанные продромальные явления нарастают. В этот период у больных нередко появляется отвращение к алкоголю, вследствие чего



Рис. 7. Зрительные галлюцинации при белой горячке. Больному показывалось много змей, свившихся в клубок возле стула.

они прекращают пить. Описаны случаи, когда потребление алкоголя не прерывалось и в разгар белой горячки. Однако мы, наблюдая большое количество больных, ни в одном случае не могли установить, чтобы больные потребляли много алкоголя в этот период. Белая горячка возникает внезапно, обычно в ночное время, иногда при абсолютной бессоннице.

Симптомокомплекс этого заболевания в основном сводится к затемнению сознания, зрительным и в меньшей степени слуховым и осязательным галлюцинациям, полной дезориентировке в месте и времени при сохранности ориентировки относительно своей личности, к бреду, сильному дрожанию, атаксии, резко выраженному беспокойству, отвлекаемости, своеобразному страху в сочетании с юмором, бессоннице и ряду вегетативных расстройств. Больные не только дезориентированы, но

и, как справедливо отмечают М. О. Гуревич и М. Я. Серейский, ложно ориентированы. Больницу они принимают за общежитие, ресторан и т. п., персонал больницы и соседей по койке — за своих знакомых.

Центральное место в картине белой горячки занимают своеобразные галлюцинации, главным образом зрительные. Галлюцинации воспринимаются больным то как реальная действительность, то как искусственные изображения, напоминающие кинематографические. Видения обычно бывают множественными, обнаруживающими большую подвижность и наклонность к уменьшению. Больные видят проволоку, нити, пыль, хлопья, струи газов или воды, шарики, монеты, искры, тени, кружки, бутылки, рюмки и т. п. Особенно часто больные видят различных животных: крыс, мышей, зайцев, кошек, собак, быков, коз, обезьян. Им представляются куры, утки, гуси, рыбы, змеи, черви, пауки, клопы, тараканы и т. д. Часто больные видят нереальные, сказочные существа: чертей, смерть, скелеты, разного рода уродов, колдунов, леших или чудовищ. Все это оживленно движется, изменяется, принимая причудливые формы, хотя окраска этих кажущихся существ и предметов не так ярко выражена.

В свое время в Москве шла картина «Человек-невидимка». Смотревшие эту картину алкоголики при заболевании белой горячкой в галлюцинаторных переживаниях видели много людей-невидимок.

Кажущиеся предметы, люди, животные, насекомые и т. п. исчезают, расплываются и видоизменяются: то змея с горящими глазами движется на больного и, не доползая до него, превращается в уродца, который корчит рожи; уродцы дразнят, пляшут, то увеличиваясь, то уменьшаясь, и вдруг исчезают через раздвинувшиеся стены. Потолки раздвигаются, лягушки прыгают, куры летают, толпы народа пляшут или угрожают больному. Все движется, изменяется, как в кино.

Иногда больным представляются целые баталии, сражения, движущиеся войска, окровавленные головы, отрубленные части тела, покойники, маскарад, балетные представления, ярмарки, драки и т. п. Нередко больным кажется, что их помещение окружают, на них наставлены сотни револьверных дул, лес штыков, в комнату врываются незнакомые люди, избивают их прикладами, плетями и снова исчезают. Около койки им роют могилу. Собираются распилить их тело деревянной пилой. Во дворе они видят эшафот и приготовления к их казни. Больным кажется, что их окружают злоумышленники, которые завели их в ловушку, с тем чтобы пропустить «на фарш» через мясорубку или на «мыло».

Жену больного насилует банда. Толпа людей шарахается от ужаса при виде его изрубленных детей. В соседней комнате четвертуют его родственников. Он слышит их стоны и крики



Рис. 8. Зрительные галлюцинации при белой горячке.
Больному представлялись черти, которые возились на столе; когда они начали валивать бутылку с вином, больной начал гонять их.



Рис. 9. Зрительные галлюцинации при белой горячке.
«На ковре маленькие существа, похожие на обезьянок, только не люди, подняли возню, танцы, принимая самые нелепые позы».

о помощи. Пол шатается, стены раздвигаются, потолок валится и т. п.

Д. С. Озерецковский наблюдал алкоголика, который, будучи слепым в течение 25 лет, внезапно «прозрел», заболел белой горячкой. Ему мерещились черти и всякие живые существа.

Наряду со зрительными галлюцинациями, но в значительно меньшей степени встречаются также слуховые галлюцинации.

Больные слышат шорох, шипение, треск, гудение, чириканье птиц, музыку, пение, шум, крик, иногда пронзительный, пальбу, лязг оружия, звон колоколов. Иногда слышатся голоса, речь, стоны, которые больной воспринимает непосредственно как натуральные или как передаваемые по радио. Голоса обычно угрожающего характера, то бранящие, то укоряющие. Голоса называют больного «дураком», «негодяем», «пьяницей», «вором», «убийцей», «растратчиком». Они угрожают взять его, убить, кастрировать. Голоса кричат, что он «преступник», что его надо «казнить». Ему зачитывают смертный приговор.

Больные слышат стоны и крики больных, которых насилюют, режут, подвергают инквизиции. В некоторых случаях отмечаются также обонятельные галлюцинации: больные ощущают запах горящей серы, удушливых газов и т. п. Могут встречаться также и вкусовые галлюцинации и галлюцинации кинестетических ощущений. Больному кажется, что под ним качается постель, что она поднимается в воздух, пол шатается, стены нависают и т. п. Телесные галлюцинации выражены главным образом со стороны кожи, что можно объяснить невротическими парестезиями. Больным кажется, что их мучают паразиты, в тело их вонзают острые предметы, проволоку, их обрызгивают водой, окуривают газами и т. п. Галлюцинации отдельных чувств легко переплетаются между собой, например, больной не только видит мелких зверей, насекомых и т. п., но и ловит их, осязает. Он обороняется от галлюцинаторных образов, нападающих на него, дерется с ними, вызывает о помощи.

Параллельно с галлюцинациями отмечаются обильные иллюзии зрения. Больные не узнают окружающих, читают неверно, продуцируя всяческий вздор, или вставляют неверные слова, до некоторой степени ассоциативно связанные с неверно прочитанным словом. При белой горячке почти всегда удается внушить больному обманы чувств. Если сказать больному, что ему в руки положен клубок и приказать тянуть от него нитки, то больной «разматывает» этот внушенный клубок, пока в силу большой отвлекаемости не переключится на другие галлюцинаторные переживания.

В. М. Бехтереву удавалось вызывать стойкие зрительные и слуховые галлюцинации даже после окончания белой горячки, заставляя больных всматриваться в блестящие пред-

меты или прислушиваться к работе индукционного аппарата (симптом Бехтерева).

При надавливании на глазные яблоки при закрытых глазах больные видят все то, что им внушают: зверей, людей, насекомых и т. д. (симптом Липмана). Этот симптом обнаруживается как до развития белой горячки, так и в делириозном и постделириозном состоянии.

Если больному вручить лист белой, совершенно чистой бумаги и спросить, что он там видит, он называет отдельные буквы, фразы, числа и даже видит животных, картины и т. п. Если выключить телефон и предложить больному поговорить, то он долго говорит с воображаемыми друзьями. Содержание разговора относится к событиям, внушающим больному опасения (за жену, семью и т. п.), или же к профессиональным занятиям больного.

Мы вызывали обильные зрительные галлюцинации, заставляя больного смотреть в зеркало, причем содержание этих галлюцинаций удавалось внушать в желаемом направлении.

Упомянутые выше и подобные им обманы чувств удается вызывать исключительно благодаря высокой внушаемости больных, находящихся в делириозном состоянии.

Часто достаточно уже одного вопроса к больному о том, что он чувствует, видит и слышит, чтобы вызвать у него целый ряд соответствующих обманов восприятия.

Обманы чувств у таких больных не прибавляются к картине окружающей обстановки, но как бы становятся на ее место.

Крепелин подчеркивает, что сочетание разнообразнейших обманов чувств, образующих беспорядочную цепь делириозных переживаний, и представляет основную особенность белой горячки. Он пишет: «Процессы протекают совершенно как во сне, только, повидимому, несравненно ярче, так как сознание затемнено лишь умеренно, между тем как обманы обладают, очевидно, высшей чувствительной ясностью».

Восприятие больных расстраивается, нередко они не обращают внимания на цвет, вместо виденного предмета называют другой. Объясняется это тем, что, несмотря на правильное восприятие, вместо него появляется в сознании другое, быстро ассоциирующееся с воспринятым образом. Запоминание слов, цифр резко понижено. Определение промежутков времени резко нарушено, так же как ориентировка в месте и времени. Больные принимают лечебницу за пивную, ресторан, свою квартиру; медицинский персонал — за своих близких знакомых, друзей и т. д. Сознание личности сохраняется. Даже во время самых причудливых делириантных переживаний больные правильно отвечают, кто они, называют свое имя, отчество, профессию, говорят свой адрес и т. п.

Течение мыслей несколько нарушено, хотя спутанности не отмечается. Наблюдается крайняя отвлекаемость. Достаточно уже одного обмана чувств или отвлечения внимания больного случайным впечатлением, как ход мыслей прерывается и направляется по иному пути. Больные не замечают элементарных противоречий. Критика отсутствует, что особенно подчеркивается при наличии нелепых галлюцинаций.

Так, больной может уверять, что жену его насильовали разбойники, распотрошили ей живот, дважды отрубили голову. Параллельно с этим он тут же уверяет, что слышит ее голос. У больных совершенно отсутствует способность разобраться в сложной ситуации, быстро ориентироваться. Память на давние события обычно не нарушается и ранее приобретенные знания не утрачиваются. Значительно расстраивается память на события самого ближайшего прошлого. Переживания делириозного периода вспоминаются больными лишь в незначительной степени, исчезает в памяти порядок переживания во времени. Нередко возникают также конфабуляции: больные часто рассказывают такое, чего с ними совсем не было. Возникают эти конфабуляции, повидимому, самопроизвольно или от смущения.

Аффективная сфера соответствует переживаемому бреду. Вследствие этого настроение больного в большинстве случаев тревожное, пугливое. Специфической чертой аффективной сферы таких больных считается сочетание своеобразного юмора со страхом.

Несмотря на то, что галлюцинаторные переживания больше мучают больных, чем занимают, настроение их носит эйфорическую окраску. Вследствие быстрой смены делириозных переживаний, соответственно быстро меняется и настроение больных. Больные, под влиянием смертельного страха только что взывавшие о помощи, тут же вскоре смеются под наплывом забавных, смешных галлюцинаторных образов. Иногда под влиянием сильного страха больные могут совершать опасные нападения или попытки к самоубийству, что всегда следует иметь в виду.

Поведение больных при белой горячке чрезвычайно характерно.

На первый план выступает большое беспокойство. Они не могут сидеть на одном месте или лежать в кровати; их много раз укладывают в кровать, но они тут же вскакивают. Поведение больных адекватно галлюцинаторным переживаниям: то они ловят кур, цыпят, то гоняют собак. Моторика их крайне оживлена. Все время они чем-то заняты, разговаривают с галлюцинаторными образами. Нередко наблюдается бред профессиональных занятий, при котором больные занимаются привычными для них занятиями: мясники рубят, развешивают, отпускают покупателям мясо, фармацевты готовят ле-

карства, сапожники чинят сапоги, столяры строгают и т. п. Больные не в состоянии заняться каким-либо делом, так как отвлекаются своими галлюцинаторными образами. Они осторожно переступают через кажущуюся им проволоку, тянут изо

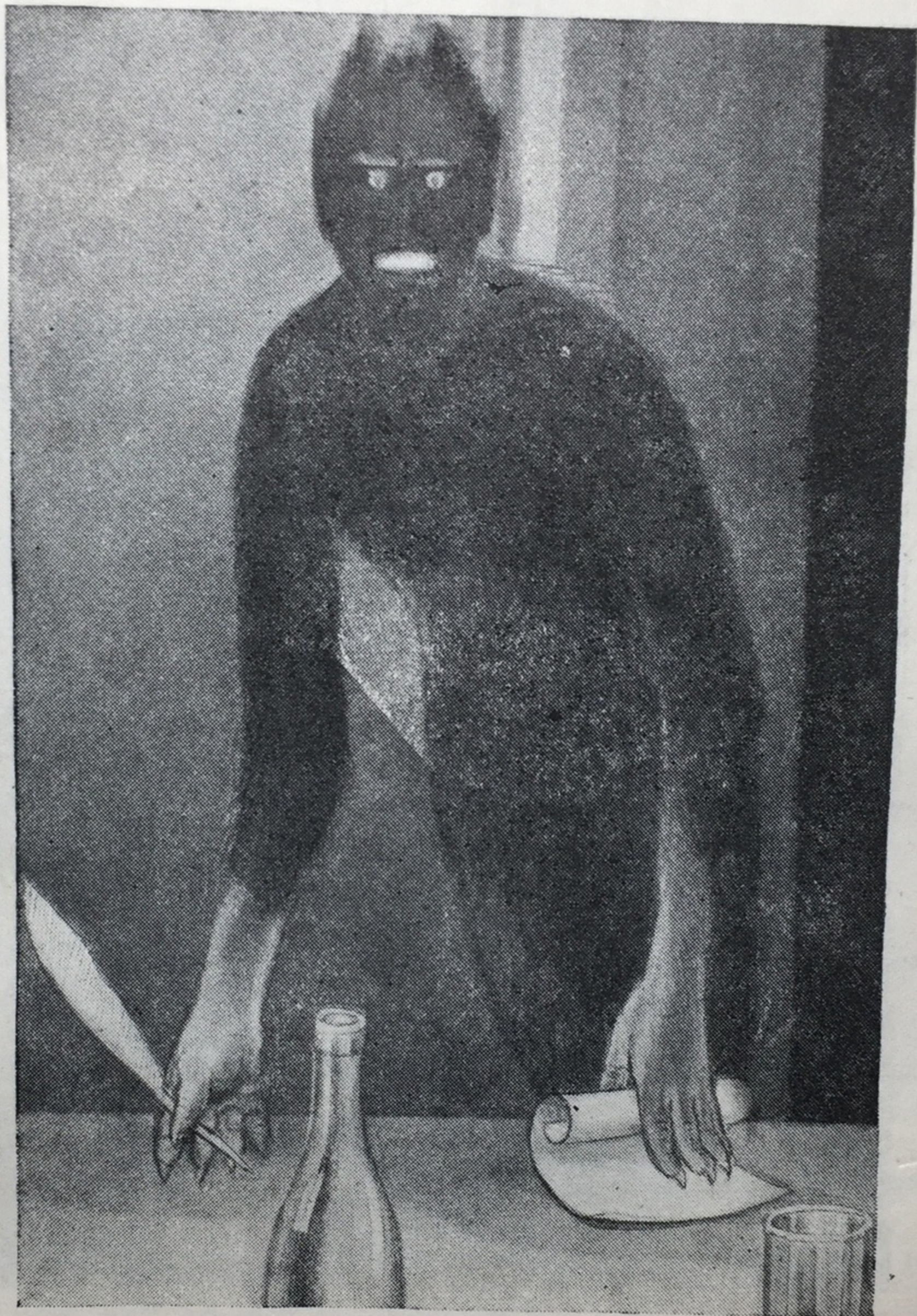


Рис. 10. Зрительные галлюцинации при белой горячке.
Зарисовка больного С., перенесшего белую горячку.

рта нити, сбрасывают с себя насекомых. То они возятся с одеждой, беспрерывно завязывая узелки, или проделывают с ней различные манипуляции, причем рубашку надевают, как брюки. Больные ломаются в дверь, пытаются бежать, нередко в порыве страха выбивают стекла и выбрасываются из окна. Нам приходилось наблюдать случаи, когда больные с поразительной ловкостью, как акробаты, вскакивали на подоконник и убегали через фрамуги окон. В противовес сильнейшему двигательному беспокойству говорят больные мало.

В начале своего заболевания больные с бредовыми идеями преследования, относясь не критически к своему состоянию, просят защиты у милиции. Нередко они, вооружившись холодным оружием, баррикадируются у себя в комнате, прячась от

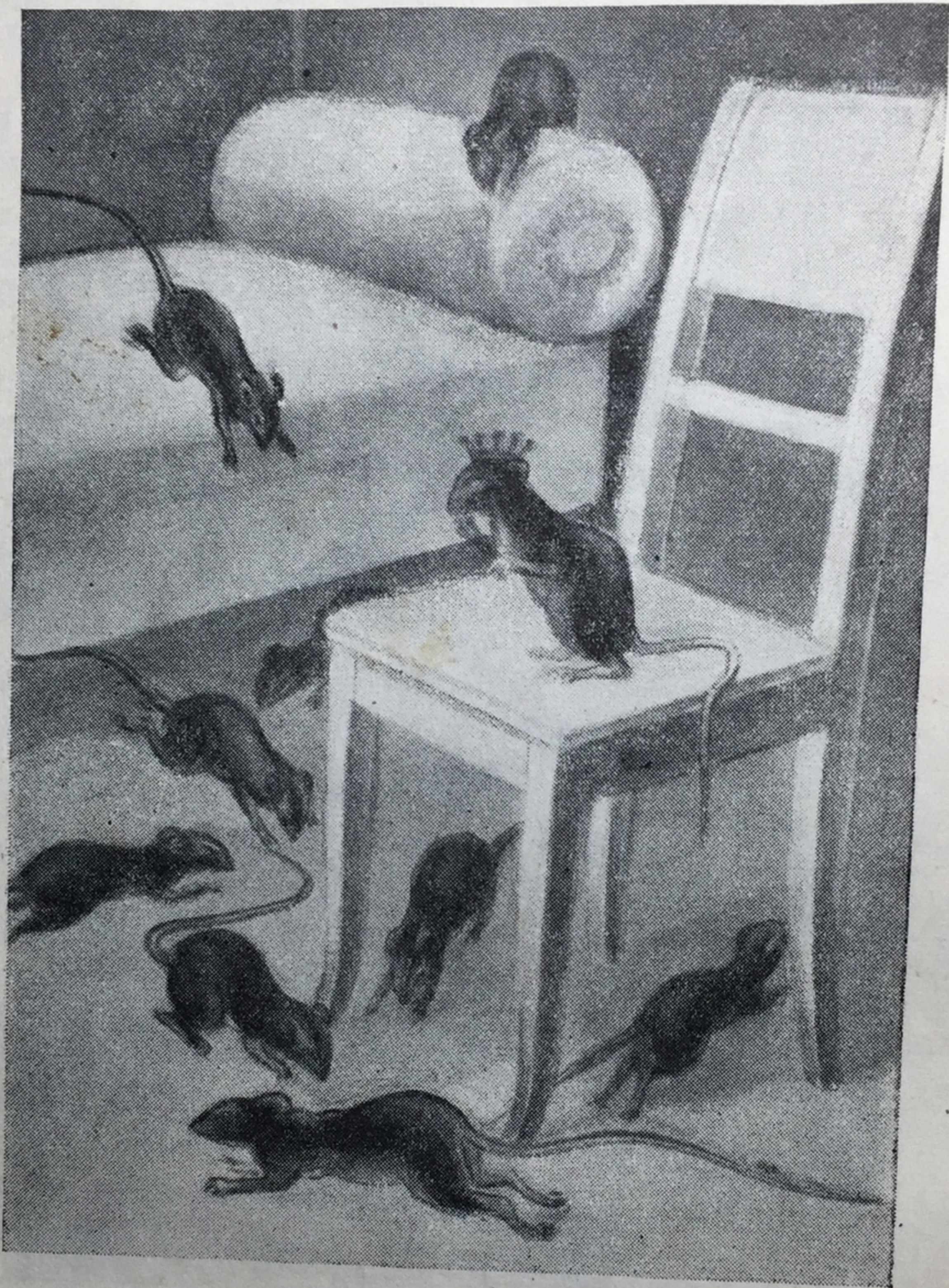


Рис. 11. Зрительные галлюцинации при белой горячке, зарисованные делирантом.

мнимых преследователей, выскакивают в окно, спрыгивают на ходу с трамвая, бросаются в реку, под поезд.

Один больной, испугавшись врача, пришедшего его освидетельствовать, тут же застрелился на глазах у врача. Поэтому при осмотре таких больных на дому всегда следует соблюдать сугубую осторожность.

Наиболее характерным физическим симптомом при белой горячке является резко выраженное дрожание расставленных пальцев рук, которое может распространяться и на другие части тела (конечности, голову, язык и т. п.). При движении

дрожание усиливается. Движения иногда могут нарушаться и носят атактический характер. Почерк больного дрожащий, неуверенный, с угловатыми нажимами, малоразборчивый, строки неровные. Примерно в $\frac{1}{3}$ случаев отмечаются эпилептиформные припадки, часто наблюдающиеся при белой горячке, или же они появляются за 1—2 дня до ее начала.

Иногда наблюдаются и более резко выраженные очаговые явления: парез п. facialis, гемипарезы, которые очень быстро

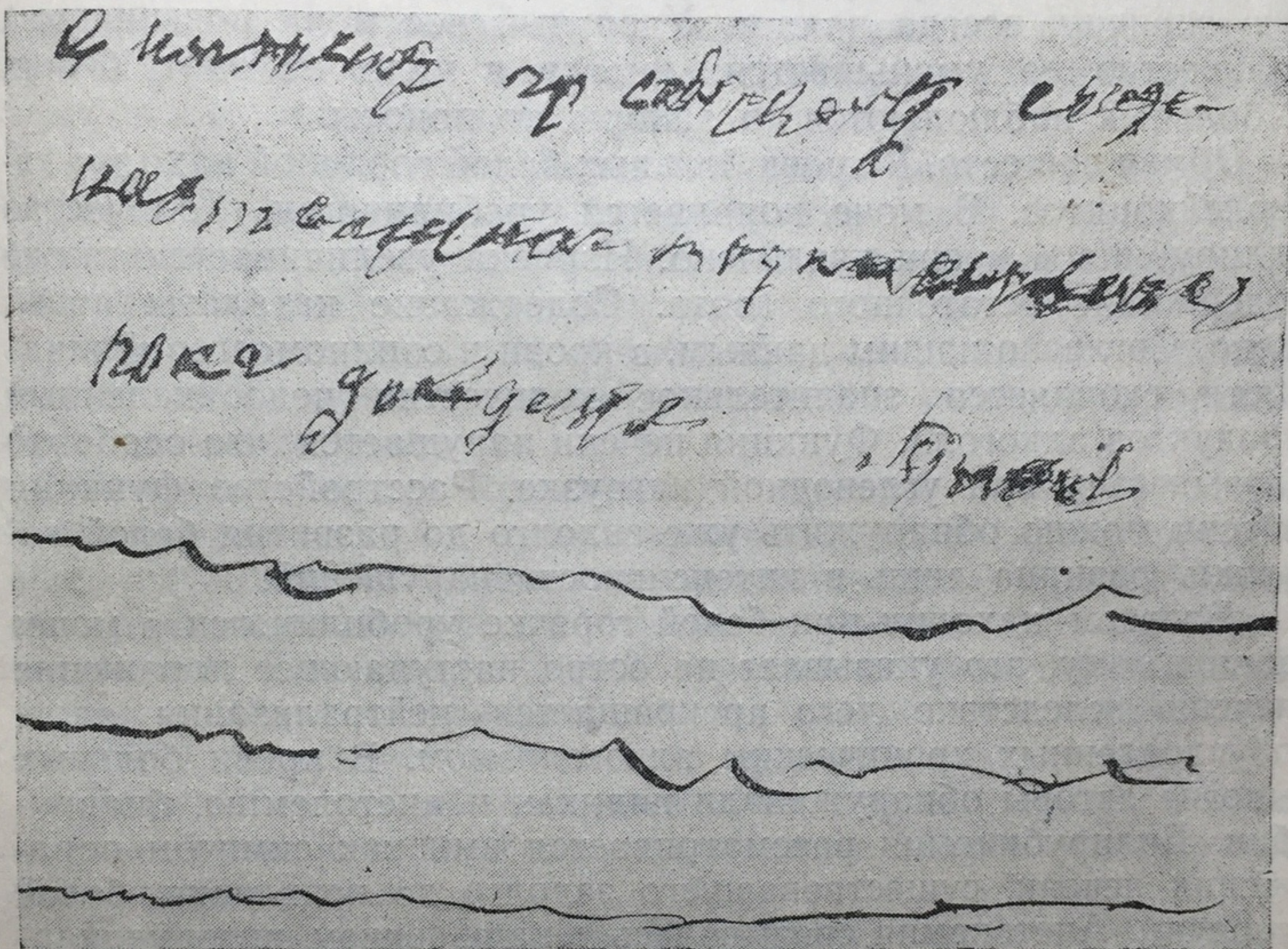


Рис. 12. Почерк и линии, проведенные больным белой горячкой.

проходят. Нередко отмечается диплопия, парезы глазных мышц.

Кровяное давление значительно повышается, достигая 170—200 мм ртутного столба. После критического сна кровяное давление быстро снижается до низких границ, а через 2—3 недели приходит к норме.

Сон при белой горячке, как правило, отсутствует в течение всего периода болезни. Психическое состояние больных ночью значительно ухудшается, они становятся более беспокойными, тревожными: страх и галлюцинаторные переживания ночью достигают своего апогея.

Температура при белой горячке часто повышается и колеблется от 37,3 до 40°. Очень высокая температура обычно наблюдается в тяжелых случаях белой горячки. Температура достигает максимума на первый-второй день заболевания, а за-

тем довольно быстро падает. Пульс всегда учащен вследствие большого двигательного возбуждения.

Со стороны сердца ничего специфического не отмечается, за исключением характерных для алкоголя изменений в виде глухих или нечистых тонов, а также некоторого его расширения. При резком возбуждении больных число сердечных сокращений, даже при нормальной температуре, может достигать 120—150 в минуту.

Питание может нарушаться. Вес больных, перенесших белую горячку, всегда падает. Удельный вес мочи повышается, количество ее уменьшается; иногда в моче находят белок. У больных наблюдаются то запоры, то поносы.

Обмен веществ. В крови больных белой горячкой находят гиперлейкоцитоз. В моче появляется уробилиноген. Количество билирубина в крови увеличено. Изредка увеличивается также содержание остаточного азота. Содержание каталазы повышено. Согласно нашим данным, в крови и спинномозговой жидкости скопляется значительное количество недоокисленных продуктов алкоголя. Функция печени нарушается, что особенно сказывается при углеводной нагрузке. Расстройство функции печени можно обнаружить уже задолго до развития белой горячки, разница лишь в интенсивности нарушений.

Бострем находил при белой горячке уробилиноген в моче; повидимому, это указывает на остро наступающее поражение печени, вследствие чего прекращается нейтрализация ядов, обусловленных хроническим алкоголизмом. В крови больных многие авторы обнаруживали индикан и ацетонемию, билирубин. Билирубинемия рассматривается ими как симптом поражения печени, существовавшего задолго до появления белой горячки. Ацетонемия связывалась с нарушением интермедиарного обмена.

Течение. Белая горячка длится от 2 до 5 дней, и после критического сна большей частью наступает выздоровление. Наряду с этим, встречаются случаи белой горячки, длящейся до 2 недель. Если белая горячка затягивается на срок свыше 10 дней, это указывает на возможность перехода ее в корсаковский психоз. В последнее время белая горячка несколько изменила свое течение и большей частью носит абортный характер. У алкоголиков, злоупотреблявших суррогатами алкоголя (денатурат), белая горячка имеет ряд специфических особенностей. Эти больные значительно оглушены, у них отсутствует эмоциональная живость и моторное возбуждение. Аффект страха выражен незначительно или не отмечается вовсе. Больные апатичны, галлюцинаторные образы их однообразны. Белая горячка у алкоголиков, злоупотреблявших денатуратом, часто принимает злокачественную форму, затягивается на многие недели и в части случаев приводит к смерти. Иногда же белая горячка переходит в корсаковский психоз.

Большинство случаев заканчивается выздоровлением, которое наступает крайне медленно. Долкен (Dölken) описал белую горячку без бреда (*delirium sine delirio*). При этой форме болезни наблюдается весь симптомокомплекс белой горячки, кроме бреда и галлюцинаций. Эта разновидность белой горячки протекает крайне быстро и заканчивается литически.

Маньян приводит описание тяжелой лихорадочной формы белой горячки, протекающей с высокой температурой ($40-41^{\circ}$). У таких больных отмечается глубокое помрачение сознания, ориентировка грубо нарушается; они прикованы к кровати, движения их не координированы, часто наблюдаются судорожные подергивания мышц.

Нередко отмечаются парезы глазных мышц, тугоподвижность затылка. Заканчивается эта форма белой горячки чаще всего летальным исходом, в редких случаях больные медленно поправляются. Нам пришлось наблюдать два случая белой горячки с молниеносным течением, окончившихся смертью менее чем за одни сутки. На секции был обнаружен резкий отек головного мозга.

Описаны случаи хронического течения делирия, когда после острого периода продолжают бредовые идеи, зрительные, слуховые и тактильные галлюцинации. Ориентировка восстанавливается, аффект страха смягчается или проходит полностью. Эта форма белой горячки развивается большей частью у лиц с инвалидизированной центральной нервной системой в результате какого-либо вредного воздействия.

Встречаются также осложнения со стороны сердца в виде острой функциональной недостаточности. Реже отмечаются заболевания почек.

Патологическая анатомия. У больных, погибших от белой горячки, отмечается довольно значительная гиперемия сосудов оболочек мозга и дегенеративные изменения волокон радиального слоя центральных извилин. Часты точечные кровоизлияния, которые относят за счет дегенерации сосудов мозга. Наблюдается также венозный застой.

При микроскопическом исследовании в нервных клетках отмечается хроматолиз, разбухание. Параллельно с этим в мозгу и других органах обнаруживаются явления, характерные для хронического алкоголизма.

Дифференциальный диагноз. Диагностика белой горячки не представляет особых затруднений. Достаточно несколько раз видеть таких больных, чтобы запомнить картину этого заболевания: характерный тремор, наплыв зрительных, слуховых и осязательных галлюцинаций, которые причудливо переплетаются между собой, множественность галлюцинаторных образов, их подвижность.

Эмоциональная оживленность, аффект страха в сочетании с юмором, сохранность ориентировки относительно своей лич-

ности и дезориентировка в окружающем и во времени, бессонница, повышенная температура, отвлекаемость и высокая внушаемость больных, бред профессиональных занятий, а также алкоголизм в анамнезе говорят о наличии белой горячки. Иногда ее можно принять за делирий при инфекционном заболевании. Однако при последнем заболевании не наблюдается такого психомоторного возбуждения, как при белой горячке.

Алкогольный галлюциноз отличается от белой горячки тем, что он протекает при ясном сознании больных, а также и преобладанием слуховых галлюцинаций. Температура при алкогольном галлюцинозе не повышается. Наконец, сама продолжительность болезни помогает установить диагноз. При аменции более глубоко нарушается ориентировка, вплоть до дезориентировки относительно своей личности, причем отсутствует дрожание.

Эпилептические психозы сопровождаются глубоким помрачением сознания, резко выраженным психомоторным возбуждением, агрессивностью.

Прогноз. Прогноз при белой горячке всегда следует ставить с осторожностью, поскольку возможно злокачественное ее течение, а также тяжелые осложнения со стороны сердца или легких.

О тяжести этого заболевания можно судить по большой смертности, которая колеблется, по разным авторам, от 0,20 до 40%.

По данным Маньяна, смертность при белой горячке равнялась 30—40%.

Согласно статистике Клемперера (Klemperer), охватывающей 50 больных белой горячкой, леченных алкоголем и строфаном в венской психиатрической клинике, смертность составляла 32%. Бонгеффер на основании материала в 1000 случаев *delirium tremens* указывает, что смертность была равна 9%.

Другие авторы приводят иные цифры смертности. Так, по Кирхгофу она составляла 20%, по Крепелину—3,4%, по Блейлеру (в неосложненных случаях)—1—2%, по Флексигу—менее 1%; наконец, Долькен на 120 больных не наблюдал ни одного смертного случая.

В изученных нами 1149 случаях белой горячки смертность равнялась 0,4%.

Эти значительные расхождения в цифрах смертности, по-видимому, объясняются тем, что не у всех авторов были одинаковые по тяжести заболевания больные и не везде проводилось надлежащее лечение.

Вполне понятно, что более тяжелые случаи белой горячки, осложняющейся иногда воспалением легких, которое алкоголики переносят чрезвычайно тяжело, а также острой недостаточностью сердечной деятельности, дают больший процент смертности, чем легкие, иногда даже abortивные случаи *delirium tremens*. Наряду с этим, решающее влияние на исход

заболевания в таких случаях оказывать правильно организованный уход и лечение. Можно полагать, что в специальных лечебницах, приспособленных для лечения больных белой горячкой, процент смертности ниже, чем в общепсихиатрических больницах. Наконец, сама методика лечения также сказывается на исходе даже самой тяжелой формы белой горячки. К сожалению упомянутые выше авторы, приводящие высокий процент смертности, за исключением Клемперера, не указывают способов лечения, которыми лечились их больные. Примером того, что неудовлетворительная методика лечения белой горячки может давать высокий процент смертности, служит статистика смертности больных, леченных внутривенными вливаниями сомнифена.

При правильном лечении и хорошем уходе в неосложненных случаях белой горячки почти всегда можно добиться положительных результатов.

Лечение. С давних пор делались попытки найти радикальное средство, которое могло бы купировать белую горячку. Некоторые авторы не допускают никаких вмешательств при белой горячке, ошибочно считая, что это заболевание пройдет само собой за несколько дней. По их мнению, если нет осложнений, больной нуждается только в надзоре.

С. С. Корсаков рекомендовал при белой горячке по возможности скорее вызывать сон с помощью хлоралгидрата (2—6 г), паральдегида и одновременно назначать сердечные средства.

Часть авторов неправильно предполагает, что внезапное лишение хронических алкоголиков алкоголя вызывает *delirium tremens* и что противоядием белой горячки является тот же алкоголь. При разного рода соматических заболеваниях, травмах и операциях некоторые врачи продолжают давать алкоголикам алкоголь.

О том, что алкоголь при белой горячке не помогает, может свидетельствовать высокая смертность от этого заболевания в венской психиатрической больнице, где таких больных лечат алкоголем и сердечными средствами. Наконец, работы многочисленных авторов, изучавших обмен веществ, убедительно доказывают, что введение алкоголя усиливает поражение печени, развивающееся на почве хронического алкоголизма.

Следовательно, лечение алкоголем больных белой горячкой не имеет научного обоснования, являясь вредным для здоровья больных.

С давних пор, чтобы смягчить течение белой горячки и вызвать сон, применяют снотворные средства, но в силу малой восприимчивости таких больных к наркотикам приходится применять в несколько раз большие дозы, чем обычные, терапевтические, что может уже оказывать отрицательное дей-

ствие. Часто, несмотря на прием больших доз этих наркотиков, вызвать сон все-таки не удастся. Для вызывания сна при белой горячке применяется хлоралгидрат, паральдегид, сульфонал (хлораламид).

Проф. Е. К. Краснушкин рекомендовал применять при состояниях возбуждения и, в частности, для лечения белой горячки следующую смесь:

Rp. Natrii bromati —
Chlorali hydrati aa 15,0
T-rae Valerianae simplex 20,0
Pantoponi 0,1
Luminall 0,5
Adonileni 5,0
Aq. destill. 500,0

MDS. По 50—100 г в клизме или 2—3 ложки внутрь

Сочетание сердечных и снотворных средств в данной смеси вызывает глубокий сон и в то же время предупреждает отрицательное действие наркотиков на сердечно-сосудистую систему. Смесь Краснушкина может купировать белую горячку в течение нескольких часов. После глубокого сна, длящегося 8—15 часов, больные просыпаются, и признаков белой горячки больше не проявляется (Родионов, Скрицкая, Пятницкая).

Проф. Е. А. Попов и В. В. Наумова рекомендуют для купирования белой горячки люминал в следующей прописи:

Rp. Luminali 0,4
Spiriti vini 20,0
Aq. destill. 200,0

MDS. Принять в течение часа

Спирт якобы обеспечивает быстрое всасывание люминала в кишечнике, а также усиливает снотворное действие люминала. Попов и Наумова указывают, что больной, выпивший раствор люминала, засыпает через 30—60 минут, а по истечении многих часов сна делириозных явлений уже не обнаруживается.

Проверяя способ, предложенный Поповым, мы могли отметить его успешное действие лишь в сравнительно нетяжелых abortивных случаях белой горячки.

Следует учитывать, что люминал в больших дозах влияет угнетающим образом на дыхательный центр, а потому этот способ лечения противопоказан в тех случаях белой горячки, когда деятельность сердца нарушена, или при начинающемся воспалении легких во избежание их отека.

Во многих случаях мы получили прекрасные результаты при назначении амитал-натрия per os или в клизме в дозе от 0,4 до 0,8; после введения этого средства быстро наступает сон и выздоровление. Однако амитал-натрий следует назначать

осторожно, особенно при соматических заболеваниях. В частности, он противопоказан при болезни почек.

Вообще наркотики при белой горячке надо применять с большой осторожностью, ввиду того что могут возникнуть опасные осложнения со стороны сердца и т. д. Хлоралгидрат считается некоторыми авторитетными клиницистами безопасным средством, но его также следовало бы применять очень осторожно. Ввиду вредного влияния наркотиков при белой горячке, от применения их во многих психиатрических клиниках и специальных больницах отказались. Крепелин рекомендует при белой горячке наперстянку и кофеин.

Раппопорт допускает в наиболее тяжелых случаях белой горячки алкоголь в замаскированном виде, например, в виде *Liq. Ferri albuminati*, основываясь на том предположении, что противоядием против токсина, вызывающего белую горячку, является алкоголь.

Блейер рекомендует при белой горячке лишь постельный режим, хороший надзор и молочную пищу, назначая больным от одного до нескольких литров молока в день; наряду с этим, больному дается обычная пища. Молоко, по Блейеру, улучшает диурез и способствует выведению ядов из организма. Снотворные Блейер неправильно считает мало эффективными или совсем бесполезными. Сердечные он назначает при угрозе коллапса.

Думанис рекомендует средства, действующие одновременно на кору и подкорковые центры мозга (веронал и хлоралгидрат), в довольно больших дозах.

Многие авторы советуют удалять токсические продукты, циркулирующие при белой горячке в ликворе, путем люмбальной пункции с последующей заменой удаленного ликвора раствором бромистого натрия.

Клостер купировал белую горячку внутривенным вливанием 20—70 мг витамина В₁. С. Кату и Пуку в случаях значительного авитаминоза удавалось прекращать белую горячку посредством инъекций 250—500 мг аскорбиновой кислоты в сочетании с витамином В₁.

Были попытки лечить белую горячку большими дозами стрихнина.

В тяжело протекающих случаях белой горячки, при нарушении функции почек рекомендуют кровопускание с последующим вливанием физиологического раствора. Серьезного внимания заслуживает применение лечебного питания, которое сводится к даче большого количества жидкости — молока, кофе, чая и безалкогольных напитков (минеральные воды, нарзан, эссентуки, боржом, морс и т. д.). Пища должна быть богата углеводами и бедна жирами и белками. Штек (*Steck*) с целью профилактики дает каждому больному 10—15 капель дигиталиса в день; в зависимости от течения делирия, он при-

меняет корамин, кардиазол и как тонизирующее средство стрихнин. Е. Клемперер рекомендует инсулин в качестве средства, смягчающего течение делирия и сокращающего его до 2 дней. Больному даются утром 5—10 единиц инсулина, через час эту дозу повторяют, затем еще через час дают 60 г растворенного сахара. Если после первой инъекции инсулина обнаруживаются гипогликемические явления, сахар можно дать тотчас же. Вечером дают два раза по 10 единиц инсулина с интервалом в один час, а через час, если этого требуют клинические явления, немедленно дают 60 г сахара.

Можно дать еще раз 5—10 единиц инсулина, но при этом за больным следует установить строгое наблюдение, чтобы предупредить гипогликемические явления. С профилактической целью рекомендуется внутривенное введение 10—20% глюкозы по 10,0—20,0, после чего угрожающие симптомы мгновенно исчезают. Лечение инсулином в случае надобности может быть повторено на другой день, но, по Штеку, оно часто бывает лишним. Штек, применявший лечение инсулином и дехолином, считает, что оно изменяет в корне всю терапию белой горячки, причем он показал, что при лечении инсулином речь идет не только о влиянии на функцию печени. Применение инсулина при других состояниях возбуждения подтвердило его общеуспокаивающее действие, объясняющееся снижением сахара в крови и воздействием на блуждающий нерв, которое выражается в явном замедлении пульса.

В последнее время мы с успехом применяем при белой горячке медленное внутривенное введение пентотала; можно также вводить его внутримышечно. Весьма благотворно при белой горячке влияют средства, действующие на кору головного мозга и подкорковые узлы, в частности, сочетание люминала с бромуралом и др.

Rp. Luminali 0,2

Bromurali 0,5

Veronali 0,3

M. f. p. D. t. d. N. 6

S. По 1 порошку через 4—5 часов до наступления сна

Де Кринис лечил больных белой горячкой дехолином — желчегонным средством. Дехолин вводился в виде 20% раствора внутривенно по 10 см³ в течение 3 дней. По утрам рекомендуется давать карлсбадскую соль, которая способствует дезинтоксикационной терапии. Параллельно с этим назначается углеводная диета.

Лечение дехолином имеет перед инсулином будто бы то преимущество, что при этом методе лечения не требуется особых мер предосторожности.

Наряду с инсулином, блестящих результатов при лечении белой горячки можно добиться с помощью неспецифической терапии, поднимающей тонус и жизнедеятельность организма.

Известно, что неспецифические факторы стимулируют клетки к повышенной жизнедеятельности, мобилизуют их резервные силы. В результате неспецифическая терапия превращается в специфическую. Из средств неспецифической терапии можно применять аутогемотерапию, протеинотерапию, уротерапию, а также гравидан, изготовляемый по методу Замкова.

Довольно благоприятный результат при белой горячке дает гравидан¹. Он содержит соли, мочевины, небольшой процент белка и гормоны. Из гормонов в моче беременных пока найдены пролактин, гормон кровообращения — каликреин, фолликулин, гормон роста, гормон, оказывающий действие на мышечный тонус, миокаин и т. п. В гравидане содержатся также парагормоны и эндоферменты.

Правильно применяя гравидан при белой горячке, можно добиться купирования ее в течение 1—2 дней, а иногда и нескольких часов. Применять гравидан надо в больших дозах, по 3—5 см³ повторно (по 10—12 см³ в сутки). Часто повторные дозы бывают излишними, так как нередко уже после одной-двух инъекций гравидана наступает «критический сон». Иногда еще до наступления сна отмечается изменение окраски галлюцинаций, которые вместо устрашающих становятся «доброжелательными», «жалеющими» больного; смягчается также аффект страха.

Часто галлюцинации совсем исчезают еще до наступления «критического сна». Случаи белой горячки со злокачественным течением гравиданотерапии не поддаются.

Гравидан противопоказан при острой сердечной слабости, гипертонии, хронически протекающих воспалительных процессах, злокачественных опухолях, туберкулезе в активной форме.

Резюмируя изложенное, мы видим, что терапия при белой горячке имеет целью поддержать сердечную деятельность, вызвать сон, нормализовать обмен и поддержать силы больного.

При правильном лечении и уходе можно добиться полной ликвидации летальности от белой горячки.

¹ В последнее время к гравидану в целях его обеспокоивания добавляют карболовую кислоту, что значительно снижает его биологическую активность. Такой гравидан применяется в небольших дозах (1—2 см³).

Глава VII

ОСТРЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ

Острый алкогольный галлюциноз, по нашим наблюдениям, встречается чаще белой горячки. Другие авторы, наоборот, наблюдали более часто белую горячку.

Соотношение частоты алкогольного галлюциноза и белой горячки, по Крепелину, равно 1 : 3, по Блейлеру — 1 : 44, по Шредеру — 1 : 20.

Алкогольный галлюциноз почти всегда начинается после алкогольного эксцесса; в редких случаях белая горячка при ее завершении переходит в алкогольный галлюциноз.

В литературе нет указаний на то, что алкогольный галлюциноз развивается в период, когда больные не пьют длительные сроки, как это нередко наблюдается с белой горячкой, вспыхивающей во время какого-либо инфекционного или тяжелого соматического заболевания, после того как больные длительное время не употребляли алкоголя.

Жислин считает алкогольный галлюциноз «похмельем, осложненным галлюцинаторно-бредовой реакцией».

Полиш в $\frac{2}{3}$ случаев алкогольного галлюциноза, катамнестически им прослеженных, находил нерезко выраженную шизофреническую деграцию, а в остальных случаях — отягощение шизофренией и наличие психопатических черт характера шизоидного круга.

Крепелин считает алкогольный галлюциноз и белую горячку разновидностью одного и того же страдания. Вернике же, наоборот, считает алкогольный галлюциноз самостоятельным заболеванием. Причины алкогольного галлюциноза, исключая алкогольную его этиологию, еще не выяснены. Попытка Полиша и Вольфенсбергера объяснить алкогольный галлюциноз шизоидной конституцией или шизофреническим отягощением оказались несостоятельны.

Одной алкогольной интоксикации обычно недостаточно, чтобы вызвать алкогольный галлюциноз. Для этого нужно сочетание нескольких вредностей, действующих в одном и том же направлении. К таким вредностям относятся травмы головы, заболевания органов слуха, перенесенные в детстве

органические заболевания центральной нервной системы, психическая травма, истощение и т. п.

Клиническая картина. Симптомокомплекс острого алкогольного галлюциноза состоит из слуховых галлюцинаций, аффекта страха и бредовой интерпретации.

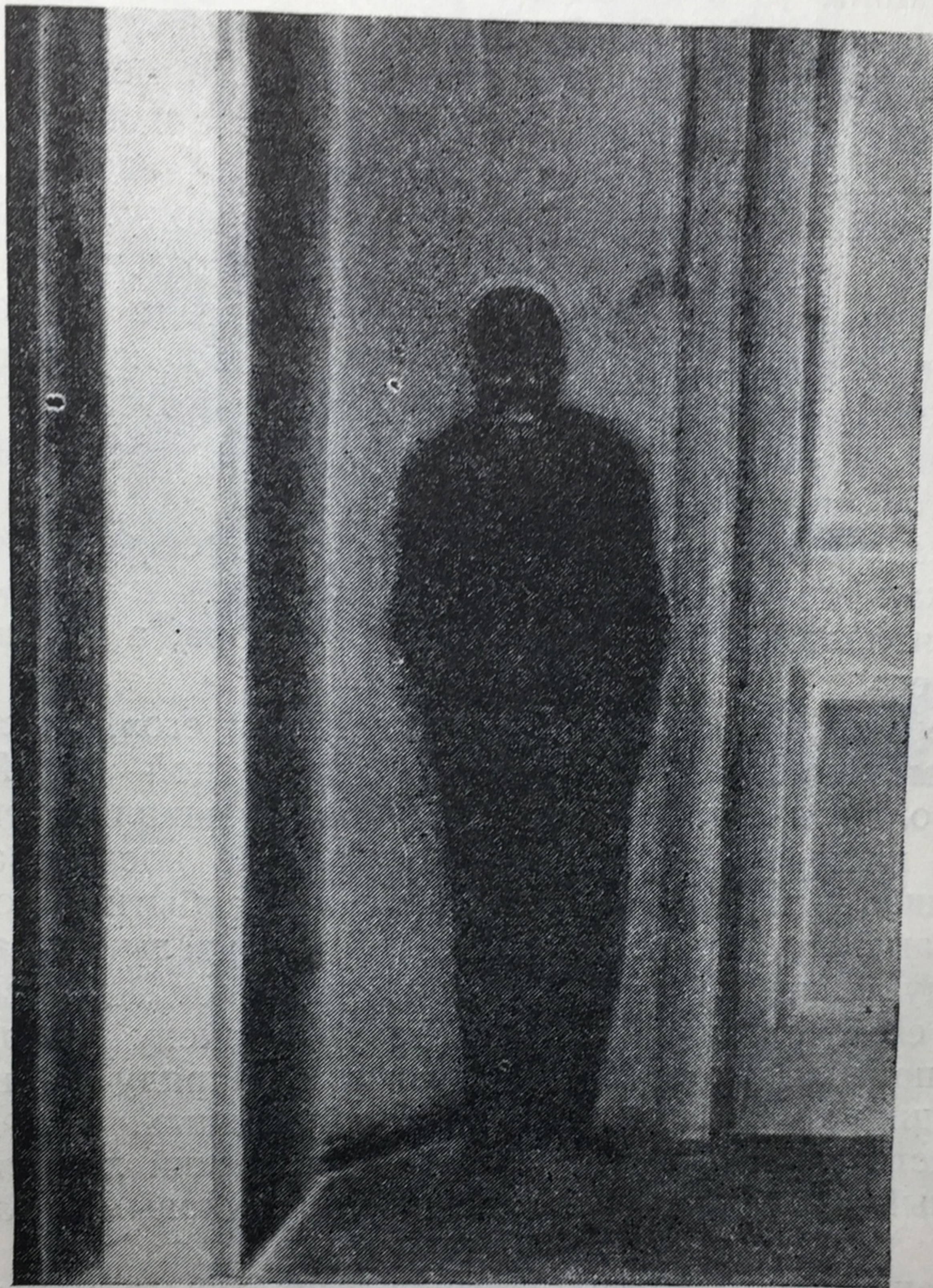


Рис. 13. Зрительные галлюцинации. «Темный человек».

Заболевание начинается внезапно или с кратковременных предвестников в виде беспокойства, головокружения, головной боли, подавленного настроения и т. п. Оно вспыхивает обычно вечером или ночью. Больным овладевает сильное беспокойство, он то совсем не может заснуть, то в страхе, обливаясь потом, просыпается после кратковременного сна. Он слышит вначале шум, звон, треск, шопот, шорохи, крики, отдельные слова и, наконец, голоса.

Голоса обычно говорят о больном в третьем лице, а не обращаются к нему непосредственно. Голосов бывает много,

они то тихие, то громкие, доходящие до рева. Все голоса говорят вместе, переплетаясь, спорят между собой, ругаются. Они воспринимаются больным извне, как будто раздаются за стеной. Принадлежат голоса обычно близким родственникам, знакомым, сослуживцам или посторонним лицам.

Содержание галлюцинаций носит неприятную окраску. Голоса угрожают смертной казнью, обвиняют в тягчайших преступлениях, бранят, ругают: «Возьми его», «дурак», «пьяница», «вор», «жулик», «убийца», «старый развратник», «забрать его в милицию», «он без паспорта», «вот он, вот он», «изъять его», «он воровал документы», «документы у него подложные», «растратчик», «цех обокрал», «лентяй, лодырь», «прогульщик», «беги, беги», «не уйдешь, везде найдем», «нас много, не спрячешься», «с ума сойдешь», «сумасшедший», «смерть ему», «обдерем его, как липку», «кожу драть будем полосами», «руки, ноги отрубим, а труп зароем в саду», «повесить его», «застрелить его».

Голоса совещаются, спорят, беседуют между собой, обсуждают, как его уничтожить, каким способом казнить, причем больной является свидетелем этого разговора, а иногда и участником его.

«Теперь он от нас не уйдет», «возьмем его», «застрелим», «обождем немного», «резать его деревянной пилой», «под поезд его», «он сам утонет», «жаль умерщвлять его, возьмем его в тюрьму». Голоса могут иногда носить забавный, насмешливый характер. Они знают все события его жизни, высмеивают его, делают циничные оскорбительные замечания по поводу важнейших этапов его жизни. Иногда голоса информируют его о близких: «дети зарезаны», «жену три дня насиловали в подвале», «отрубили ей голову». Наряду с этим, больной слышит крики, стоны жены, детей, родных.

В части случаев голоса носят ритмический характер, синхроничный с пульсом или внешними слуховыми раздражениями.

Обманы чувств других органов выражены в меньшей степени. Зрительные обманы появляются главным образом в темноте или при закрытых глазах. Больной видит преследующих его лиц, черные тени, зарево, искры, пятна. Заговорщики крадутся за ним, не спускают с него глаз.

Смерть о скаленными зубами, с косою направляется к нему. Больной видит лица родственников, знакомых. Зрительные галлюцинации иногда напоминают таковые при белой горячке. В этих случаях приходится думать о смешанных формах.

Крепелин полагает, что здесь речь идет об иллюзорном или бредовом толковании реальных восприятий. Встречаются также тактильные галлюцинации, больным кажется, что их чем-то обрызгивают.

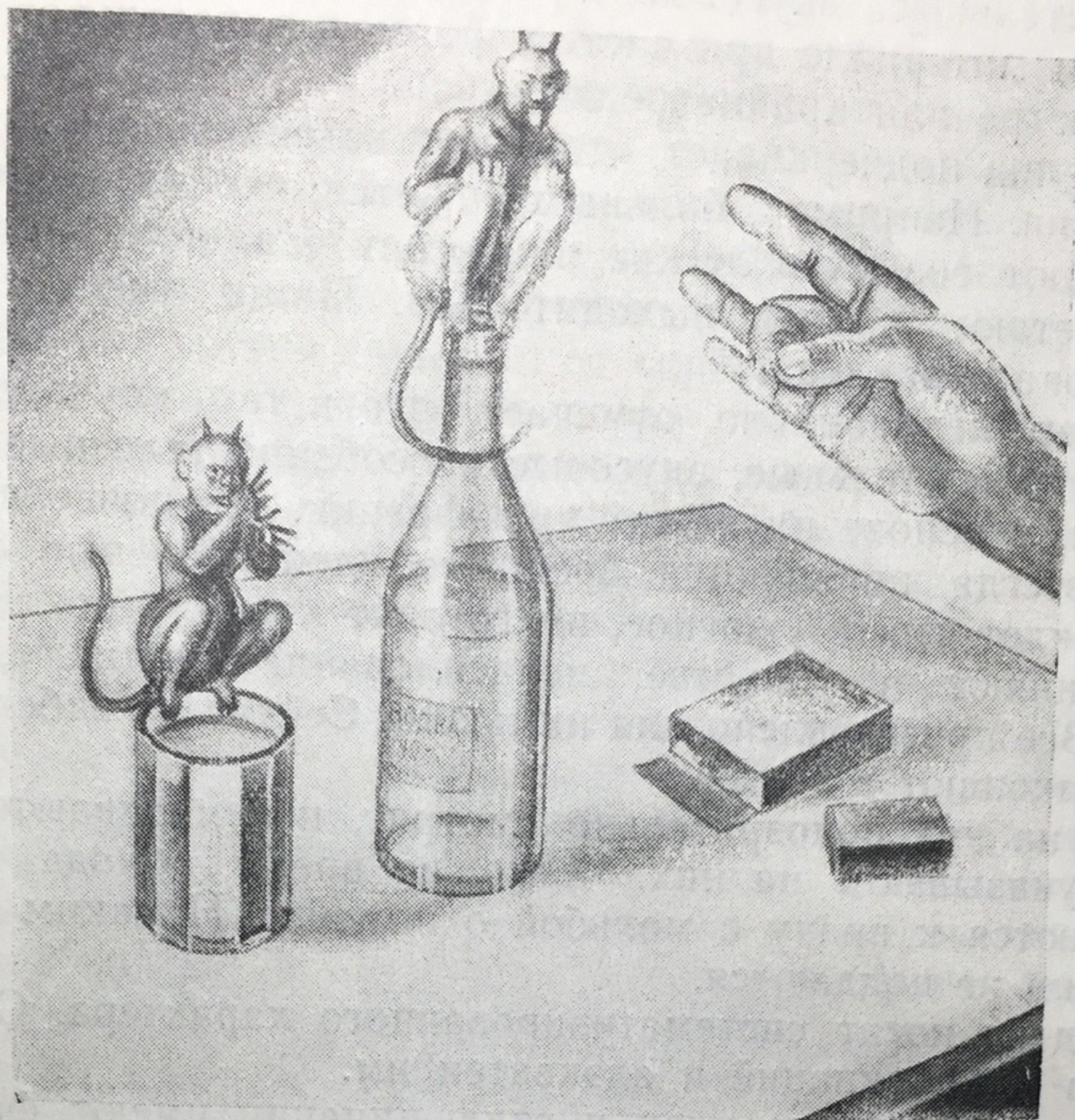


Рис. 14. Зрительные галлюцинации.

«На бутылке и стакане уселись, дразня больного, черти.»
Зарисовка больного С., перенесшего белую горячку.

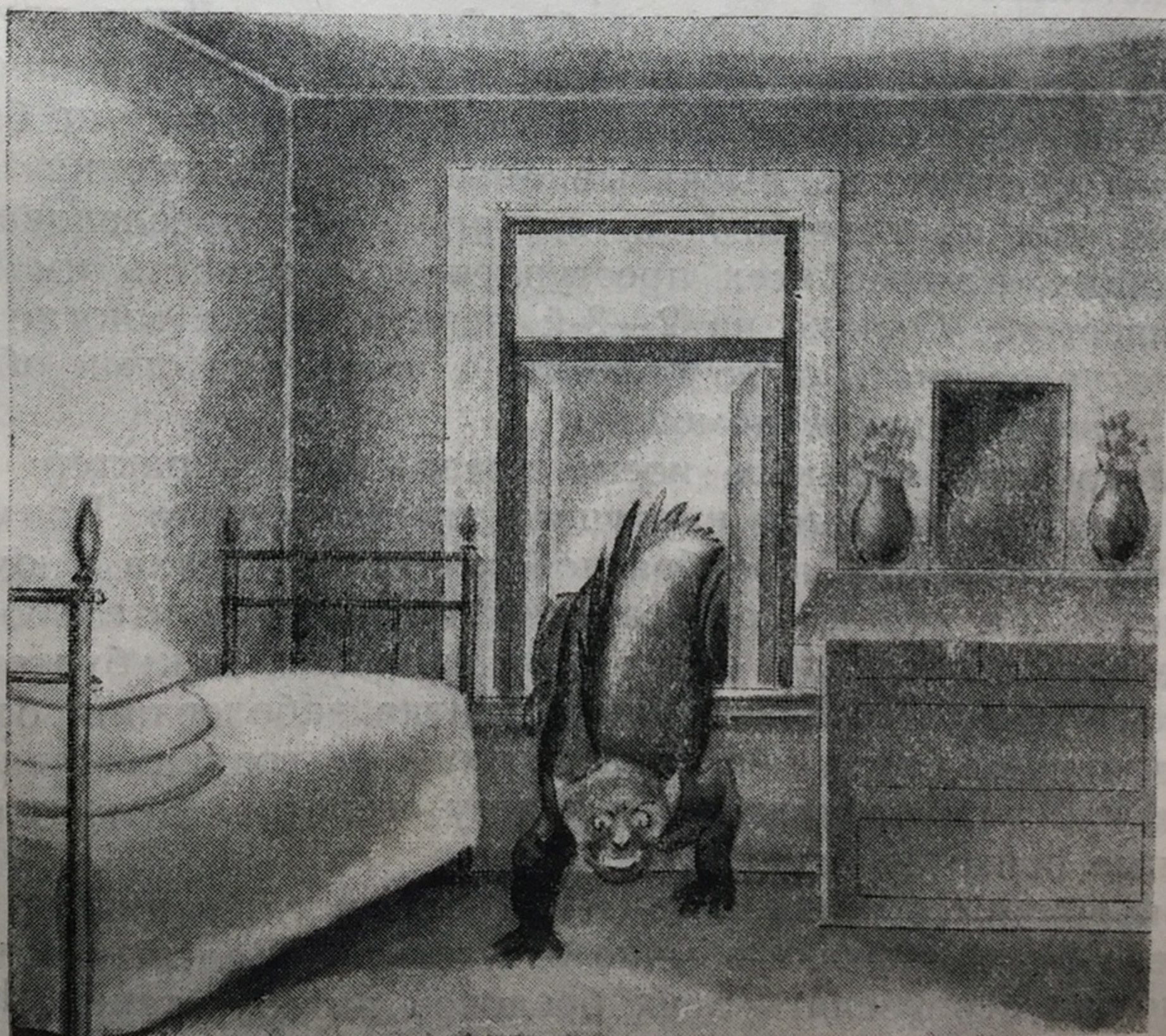


Рис. 15. Зрительные галлюцинации. Больному казалось чудовище с головой человека, вползавшее через окно.

Обонятельные, вкусовые и тактильные галлюцинации мы на нашем материале при чистых формах алкогольного галлюциноза встречали крайне редко.

Крепелин подчеркивает, что могут встречаться и такие галлюцинации. Например, больным кажется, что их электризуют, накачивают воздух в легкие или огонь в задний проход; изо рта вылетают ракеты, выходит дым. Пища имеет странный вкус — она отравлена.

Блейер неправильно отмечает, что в тех случаях, когда имеются обонятельные, вкусовые и особенно телесные галлюцинации, в основе их лежит шизофрения. На почве галлюцинации всегда появляются бредовые идеи. Больные считают, что их ждет что-то ужасное, им готовят казнь, строят эшафот, их обвиняют в убийстве, изнасиловании, поджоге, краже и т. п. Все приготовлено для их казни. Сейчас их заберут. Живыми закопают в землю.

Все на них подозрительно смотрят, перемигиваются, шепчутся, указывают на них. Часто во время обхода больные обращаются к врачу с мольбой о помощи. Никаким убеждениям они не поддаются.

Бред не носит систематизированного характера. Он вытекает из галлюцинаций и адекватен им.

Иногда бредовые идеи и галлюцинации имеют фантастическое содержание, напоминающее переживания больных при белой горячке. Ориентировка у больных не нарушена.

Алкогольный галлюциноз протекает на фоне ясного сознания, существенно отличаясь от белой горячки. Лишь при тщательном исследовании отмечается некоторая оглушенность и неясность. Все же ясного сознания болезни вначале не бывает. Больные смотрят на высказываемые предположения об их болезни как на коварный метод, проделку преследователей, желающих, помимо всех преступлений, приписать им еще и сумасшествие. Однако на 2—3-й день и позже многие больные могут осознать свою болезнь, и часто они сами обращаются за медицинской помощью.

Настроение больных носит тревожный характер: почти всегда на первый план выступает аффект страха. Во многих случаях отмечается своеобразное сочетание страха с юмором. Несмотря на страх, достигающий иногда значительной степени, больные внешне ведут себя спокойно, как будто покоряются судьбе. В первые дни развития заболевания больные под влиянием бреда «не видят выхода из создавшегося положения» или по приказанию и совету «голосов» делают суицидальные попытки.

Внушаемость при остром алкогольном галлюцинозе в противовес белой горячке обычно отсутствует. Больных почти невозможно переубедить в их бредовой интерпретации. Наоборот, они сами пытаются доказать другим справедливость

своего суждения по этому вопросу. Однако при подостром и хроническом алкогольном галлюцинозе внушаемость слуховых и обонятельных галлюцинаций весьма значительна.

Поведение больных на первый взгляд почти нормально. Внешне больные спокойны. Однако при постоянном наблюдении можно заметить, как они прислушиваются к «голосам», пытаются с ними говорить. До помещения в больницу некоторые из них стараются скрыться от «преследователей» или баррикадируют комнату, построив целую систему сигнализаций.

В больнице поведение правильное, они подчиняются установленному режиму. Однако нередко больные в порыве страха совершают бегство даже из лечебного учреждения, почему необходимо устанавливать за ними строгий надзор.

До помещения в больницу больные, спасаясь от мнимых врагов, запасаются всевозможным оружием, чтобы «как можно дороже продать свою жизнь». Другие, наоборот, не ожидая нападения, сами превращаются в агрессоров, нападая на воображаемых врагов. Иногда по целым дням и ночам они «караулят» у своей двери, вооружившись топором, холодным оружием, в ожидании «врагов». Иногда, доведенные до отчаяния, они обращаются в милицию с просьбой о защите от врагов или же сами «сдаются», упрашивая скорее «кончить» с ними, «привести приговор в исполнение».

Память не расстраивается. Конфабуляций почти не наблюдается. Во время и после перенесенного заболевания больные подробно рассказывают о своих болезненных переживаниях. Даже в хронических случаях алкогольного галлюциноза, длящегося десятками лет, обычно сохраняется удовлетворительная память.

Физические симптомы алкогольного галлюциноза не имеют ничего специфического. Наряду с признаками хронического алкоголизма в виде тремора рук, повышенной чувствительности мышц и нервов при давлении, усиленной потливости, характерных изменений со стороны внутренних органов и т. п., отмечается расстройство сна. Сон становится поверхностным, тревожным, кратковременным: в остром периоде он длится 1—3 часа. Нередко отмечается головокружение, шум, звон в ушах, зависящие от повышения кровяного давления. Вес больных в остром периоде болезни падает.

Обмен веществ. При алкогольном галлюцинозе находят билирубинемия, нарушение углеводного обмена, функций печени и поджелудочной железы. В большинстве случаев повышается РОЭ. В крови — лейкопения, сменяющаяся гиперлейкоцитозом. Отмечается сдвиг формулы крови влево, понижение содержания гемоглобина, кислорода, повышение количества углекислоты. При острых алкогольных галлюцинозах все эти явления обратимы. В случаях хронического галлюциноза они носят стационарный характер.

Течение. Течение заболевания в основном острое. Различают острую, подострую и хроническую формы. Первая тянется от нескольких дней до нескольких недель, вторая — 2—3 месяца. Хронический алкогольный галлюциноз длится годами, чаще всего в течение всей жизни. У одного и того же больного могут наблюдаться повторные приступы алкогольного галлюциноза. В корсаковский психоз это заболевание никогда не переходит. В подострых случаях у больных исчезает аффект страха, они привыкают к галлюцинациям и могут относиться к ним критически. Бред выражен в меньшей степени или даже может отсутствовать. Заканчивается болезнь литически. Страх и бред смягчаются к концу галлюцинаций или проходят еще раньше.

Голоса постепенно становятся тише, невнятными, переходят в неясный шопот и, наконец, исчезают. Иногда выздоровление наступает внезапно, после глубокого сна. Можно надеяться на быстрое течение в тех случаях, когда картина алкогольного галлюциноза приближается к картине белой горячки.

В неблагоприятно протекающих случаях состояние остается стационарным, обостряясь при новых алкогольных эксцессах. При длительном воздержании от алкоголя обманы чувств постепенно слабеют вплоть до полного их исчезновения с тем, чтобы вновь вспыхнуть при алкогольном эксцессе.

Этиология. Причины острого алкогольного галлюциноза не выяснены. Еще не установлено, почему одни алкоголики заболевают белой горячкой, другие — галлюцинозом, третьи — корсаковским психозом, так как при всех этих заболеваниях вряд ли имеются существенные различия в злоупотреблении алкоголем.

Крепелин считает, что белая горячка и алкогольный галлюциноз являются до известной степени различными эквивалентами одного и того же заболевания.

Некоторые авторы предполагают, что у алкоголиков образуется в организме ряд различных ядов, из которых каждый может вызвать специфическую для него картину болезни.

Бонгеффер высказывает предположение, что алкогольный галлюциноз развивается главным образом у таких алкоголиков, у которых особенно возбудима область акустических восприятий и представлений. Однако с предположением Бонгеффера нельзя согласиться, ибо если бы оно соответствовало действительности, то мы не наблюдали бы у одних и тех же лиц белую горячку и алкогольный галлюциноз, что встречается не так редко. Кроме того, и акустическая возбудимость не всегда бывает налицо.

Диагноз. Распознавание заболевания часто представляет известные трудности при отграничении его от шизофрении. От белой горячки алкогольный галлюциноз отличается тем, что

он протекает при ясном сознании, правильной ориентировке, преобладании слуховых галлюцинаций, наличии бреда, отсутствии внушаемости. Эмоциональная живость больных, доступность, проскальзывающий временами юмор, отсутствие галлюцинаций обоняния и вкуса, отсутствие аутизма, негативизма, разорванности мышления, нелепых поступков, немотивированного поведения служат отличительными симптомами алкогольного галлюциноза от шизофрении.

И. Н. Виш указывает на возможность возникновения алкогольного галлюциноза на почве шизофрении. Как он отмечает, симптомокомплекс алкогольных психозов у шизофреников имеет ряд особенностей: «бледность, замедленный темп делиранных переживаний, малая отвлекаемость, склонность к систематизации, акцент на акустической сфере, недостаточный аффективный потенциал, запаздывание критической оценки болезненных переживаний». Может встречаться сочетание алкогольного галлюциноза и шизофрении, что следует иметь в виду при дифференциальном диагнозе.

Лечение. При остром течении заболевания больных необходимо немедленно стационаризовать в психиатрическую больницу, учитывая их склонность к самоубийству и возможность нападения их на окружающих.

Регулирование сна, деятельности желудочно-кишечного тракта, правильное питание, постельный режим, организация соответствующего надзора — вот основные условия лечения этих больных.

В настоящее время почти нет средств, непосредственно воздействующих на течение заболевания, однако некоторую пользу может принести инсулин, который применяется по 10—20 МЕ единиц в течение 8—10 дней. В целях профилактики гипогликемического шока больным необходимо давать не менее 200 г сахара или глюкозы. В качестве снотворных рекомендуется эвипан по 0,25—0,5 на ночь, амитал-натрий, люминал, веронал, хлоралгидрат и др. Благоприятно влияют на больных теплые индифферентные ванны, а также подкожное вдыхание кислорода. После исчезновения острых явлений приступают к лечению алкоголизма.

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ

Хронический алкогольный галлюциноз является сравнительно редким заболеванием. Из 1 256 больных алкогольным галлюцинозом, лечившихся в специальной больнице, лишь у 26 был диагностирован хронический алкогольный галлюциноз. В большинстве случаев это заболевание начинается, как острый алкогольный галлюциноз, реже как белая горячка и еще реже как атипичный алкогольный психоз. Острая стадия хронического алкогольного галлюциноза характеризуется необычайной яркостью как зрительных, так и слуховых галлюцинаций. Эта стадия заболевания длится 1—2 недели. Если заболевание протекало, как белая горячка, то обычно на 3—5—7-й день у больных проясняется сознание, проходит или значительно ослабевают чувство страха, зрительные галлюцинации исчезают или занимают совсем небольшое место, слуховые галлюцинации, бывшие вначале на втором месте, постепенно усиливаются, принимают характер наплыва и в дальнейшем занимают в картине заболевания основное место. Переход острого алкогольного галлюциноза в хронический происходит постепенно и незаметно; иногда острая стадия как бы отсутствует, и заболевание сразу принимает хроническое течение. Зрительные галлюцинации, бывшие здесь на втором плане, проходили, бред у большинства исчезал; он оставался лишь при параноидных формах хронического алкогольного галлюциноза, напоминая бред острого периода.

Хронический алкогольный галлюциноз, в зависимости от клинической картины, мы разделяем на четыре группы: а) хронический алкогольный галлюциноз без бреда, б) хронический алкогольный галлюциноз с нестойким бредовым включением, в) параноидная форма хронического алкогольного галлюциноза, г) комбинированные формы хронического алкогольного галлюциноза.

Наиболее частой формой является вербальный галлюциноз без бреда. Клиническая картина этого галлюциноза сводится в основном к следующему: еще задолго до заболевания больные переносят один или несколько приступов острого алкоголь-

ного психоза (белой горячки, острого алкогольного галлюциноза). За несколько дней до начала заболевания больные прекращают употреблять алкоголь. В продромальной стадии у них появляется тревога, резкое беспокойство, расстройство сна. Засыпая, они слышат, что кто-то к ним подкрадывается, хочет схватить и т. д.; они в страхе вскакивают, кричат. Больные теряют аппетит, ощущают шум и боли в голове; вскоре появляются обильные слуховые галлюцинации. Содержание слуховых галлюцинаций неприятное, угрожающее: голоса ругают, угрожают, обвиняют, пугают, зловеще комментируют поведение больного, насмехаются над ним, спорят между собой, каким способом лучше погубить больного. Голос угрожающе кричит: «Мы тебя разорвем, мы тебе покажем, как пьянствовать», «вот он, вот он пошел, хватай его и быстро придушим» и т. п. Другие голоса жалеют больного, защищают его, заявляя: «он парень хороший, не следует его убивать», «это жена довела его до этого», «это водка его загубила». Содержание галлюцинаций наводит страх и ужас на больных, причем слуховые галлюцинации имеют тесную связь с их мышлением. Иногда больные слышат голоса, приказывающие им покончить с собой. Слуховые галлюцинации в остром периоде заболевания отличаются яркой эмоциональной окраской, вследствие чего больные воспринимают их как реальную действительность. На втором плане стоят зрительные галлюцинации: пауки, мухи, кошки, собаки, тени, разные страшилища, не существующие в природе, черти и т. п. В остром периоде имеют место кинестетические, осязательные, а также телесные галлюцинации, бред преследования, бред отношения — больных преследуют соседи, сослуживцы, какие-то незнакомые лица и т. п. Сознание обычно не нарушается, однако на высоте галлюцинаторных переживаний оно может быть не совсем ясным.



Рис. 16. Зрительные галлюцинации.

Больные всегда чувствуют перемену, которая с ними произошла; нередко уже на второй день заболевания догадываются, что они «помешались», и самостоятельно обращаются к врачу за помощью. Настроение обычно боязливое, тревожное. Они испытывают сильный страх. Под влиянием галлюцинаций устрашающего и угрожающего характера больные нередко совершают суицидальные попытки. Поведение больных внешне спокойное, однако иногда они переговариваются с голосами, убегают из дому, обращаются в органы милиции за защитой. Через 3—7 дней страх у больных уменьшается, зрительные, телесные, кинестетические галлюцинации исчезают, остаются лишь слуховые галлюцинации, причем голоса становятся уже не такими грозными. Больной начинает к ним привыкать, бред прекращается сразу или бледнеет постепенно. Все это происходит в течение первого месяца, а у некоторых буквально в течение нескольких дней.

Такова клиническая картина острого периода заболевания. В дальнейшем основным симптомом хронического алкогольного галлюциноза является наплыв слуховых галлюцинаций при ясном сознании. Больные беспрестанно слышат голоса, принадлежащие мужчинам, женщинам, детям, иногда они слышат знакомые песни. В редких случаях слуховые галлюцинации ограничиваются постоянным щебетаньем различных птиц. Содержание галлюцинаций большей частью неприятное. Голоса угрожают, пугают, насмеваются над больным, комментируют его поступки, делают предсказания, иногда приказывают, ругают. Обычно имеются две группы голосов: одна — враждебная, другая — сочувствующая больному. Неприятные голоса принадлежат обычно мужчинам, говорящим басом, а доброжелательные голоса — женщинам или детям. Не успеет больной проснуться, как голоса уже начинают разговор.

Больной Ч., которого мы наблюдали, заявлял, что голоса даже будят его, крича: «довольно спать, нам скучно, а ты все спишь, давай поговорим». После этого голоса беспрестанно ведут о нем разговоры или обращаются непосредственно к нему. Голоса часто носят ритмический характер, например: «уйди, уйди», «будет, будет», «не надо, не надо». Больной М. в течение буквально нескольких минут во время беседы с врачом слышал следующее: «Мы тебе покажем, как пить водку и ханжу». «Подлец, с такой силой не хочет работать, пьянствовать, гулять захотел». «Вот ты погуляешь». «Сейчас приедем, приедем, мы тебе покажем, как гулять, мы тебя доведем до конца, доведем до слез, до пота доведем». «На Канатке мест нет». «В Столбовую отправлю, там будешь березу пилить, корни корчевать, а потом в реку прыгнешь, мы тогда возьмем тебя в работу». «Допился, допился, подлец, и покурить нет». «Не ложись спать, все равно не дам». «Загрызу, загрызу, руку откушу, загрызу». «Ишь, лодырь, развалился и не слышит».

Слуховые галлюцинации черпаются из реальной действительности и связаны с направлением мыслей больного и той ситуацией, в которой он находится. Не успеет больной о чем-либо подумать, как голоса ему уже говорят об этом. На что

бы больной ни взглянул, что бы больной ни захотел сделать, голоса сейчас же ему говорят об этом. Например, больной ест яблоко, а голоса уже говорят: «яблоко есть нельзя»; пьет кипяченую воду — они уже твердят другое: «не пей кипяченой воды, а пей сырую, она тебе полезнее». Когда слушался голосов и выпивал сырую воду, голоса кричали: «спровоцировал — и сырой воды тебе совсем нельзя пить, ты свою крошку застудил». Если больной читает, голоса перебивают, путают, повторяют за ним, читают «впереди» него, а иногда, наоборот, просят: «читай, читай». Больные никогда не скрывают от врачей своих галлюцинаций, однако могут скрывать их от родственников, сослуживцев, но не из-за мотивов бредового порядка, а потому, что боятся, как бы их не сочли «ненормальными». Галлюцинации то возникают спонтанно, то вызываются слуховыми раздражителями. Интенсивность слуховых галлюцинаций часто адекватна силе слухового раздражителя; например, когда больной слышит гудок паровоза, голоса орут, при писке комара голоса пищат. Слуховые галлюцинации почти всегда воспринимаются больными с большой ясностью, так что иногда больные не отличают галлюцинаторных голосов от естественных. Находившийся под нашим наблюдением больной Ч. не сдал экзамена, несмотря на то, что хорошо знал предмет. На экзамене голоса были сходны с голосом начальника, поэтому он отвечал невпопад, вместо ответов на вопросы начальника отвечал на вопросы галлюцинаторных голосов. Другой больной на вопрос, как он отличает галлюцинаторные голоса от естественных, отвечал, что отличить их ему очень трудно, однако он знает, что когда его сильно ругают и распекают, то это галлюцинация. Больные слышат голоса в углах, за форточкой, за стеной, из-под пола, за ушами и т. п.

Зрительные галлюцинации наблюдаются редко, главным образом в темноте и при закрытых глазах. Обычно они отмечаются лишь в тех случаях хронического алкогольного галлюциноза, начальная острая стадия которых протекала, как белая горячка. Больным мерещатся мелкие комары, фигуры, животные. Еще реже отмечаются обонятельные галлюцинации; при этом больные ощущают различные запахи, пища их плохо пахнет. Если же это подкрепляется голосами, которые запрещают есть, предупреждая, что пища отравлена, тогда у больных можно отметить временный отказ от пищи, причем это бывает лишь эпизодически. Очень редко встречаются другого рода галлюцинации. Бреда у основной массы этих больных не отмечается. Они понимают, что больны, и критически относятся к своему заболеванию. Поведение больных правильное, спокойное. Предоставленные самим себе, они прислушиваются к галлюцинаторным голосам, мысленно беседуют с ними. Больные обнаруживают достаточную эмоциональную живость и сохранность интеллекта, они вежливы, корректны, бодро и

охотно отвечают на вопросы, сами являясь активными собеседниками. У большинства больных речь складная, язык выразительный и достаточно богатый, интонации живые.

В первые месяцы заболевания больные очень тяжело реагируют на галлюцинации. В связи с этим настроение у них неустойчивое. Днем на работе больные в общем чувствуют себя удовлетворительно, вечером же, оставаясь одни, особенно в тихой обстановке, испытывают страх, пугливость. Иногда у больных под влиянием галлюцинаций возникают суицидальные мысли и попытки. Голоса сообщают больному, что ему так или иначе придется погибнуть, что лучше самому покончить с собой, причем говорят, что сделать это крайне легко. Все же суицидальные попытки больные совершают редко, несмотря на то, что страдания, причиняемые им постоянными голосами, довольно значительны.

Спустя полгода или год после начала заболевания больные привыкают к слуховым галлюцинациям, перестают их бояться. Лишь иногда больные испытывают повышенную пугливость и страх по ночам, вследствие усиления галлюцинаций, поэтому они спят ночью при зажженном свете, накрывают голову подушкой, затыкают уши ватой, чтобы не слышать голосов.

Отношение больных к внешнему миру не меняется, несмотря на беспрестанные галлюцинации неприятного содержания. Они вполне доступны, естественны, контактны, причем в контакт часто вступают по своей инициативе, откровенны, словоохотливы. Память больных обычно не отклоняется от нормы. Трудоспособность не нарушается. Все больные продолжают работать по своей специальности. Эта форма носит стационарный характер и не прогрессирует. Иногда она длится многие годы, не ведя к слабоумию и снижению личности. Однако следует отметить, что состояние больных может значительно колебаться в зависимости от потребления алкоголя. После алкогольных эксцессов голоса усиливаются, причем на первый план выступают устрашающие и угрожающие голоса, которые становятся более грозными и зловещими. Наряду с этим, в период злоупотребления алкоголем могут появляться и другие галлюцинации, усиливается страх, появляется бессонница, вследствие чего в такие промежутки больных иногда приходится помещать на некоторое время в психиатрическую больницу. Вскоре после того, как больные перестают употреблять алкоголь, обострение галлюциноза проходит, и восстанавливается прежнее состояние. Встречается форма хронического алкогольного галлюциноза, при которой отмечается бред, сопровождающий основной галлюцинаторный синдром. Этот своеобразный бред отличается от обычного тем, что он поддается в известной мере коррекции и никогда не носит нелепого характера. Наиболее частая формулировка бреда: «сде-

лано», «испорчено», т. е. с течением времени начинают пытаться понять происхождение непрерывно занимающих их галлюцинаций, — постепенно это приводит к возникновению своеобразного нестойкого интерпретативного бреда. Следовательно, основной механизм бредообразования — интерпретация.

Более редкой формой хронического алкогольного галлюциноза является та, при которой имеются параноидные образования, стоящие ближе к первичному бреду, чем к интерпретативному. В этих случаях имеется более диффузный бред отношения и преследования, отмечается также тенденция к систематизации бреда. После острого периода заболевания бред обычно не блекнет, а, наоборот, имеет тенденцию к некоторому прогрессированию. Коррекция бреда почти невозможна, однако и здесь бред не носит нелепого характера. Наконец, следует упомянуть о рецидивирующей форме алкогольного галлюциноза, приступы которого появляются только после алкогольных эксцессов и длятся по 6—7 дней, причем постепенно продолжительность этих приступов увеличивается. В год бывает до 10 подобных приступов и более. Приступы рецидивирующего галлюциноза наблюдаются обычно после кратковременных периодов опьянения. Характерной клинической особенностью хронического алкогольного галлюциноза является описанная нами высокая внушаемость содержания галлюцинаций. Следует лишь сказать больному, что он слышит те или иные голоса, как больной немедленно начинает их слышать. Подобная внушаемость отмечается также в отношении осязательных и обонятельных галлюцинаций. Например, врач заявляет больному: «вы слышите голоса о вине», и больной слышит: «вино вызывает алкоголизм, оно к хорошему не приводит; если выпить немного, а ты пьешь много. А ты денатурат пьешь». Врач говорит: «вы ощущаете запах вина», и больной действительно начинает ощущать запах вина и т. п.

Течение хронического алкогольного галлюциноза отличается стационарным характером. В части случаев при полном воздержании от алкоголя с годами отмечается некоторое ослабление галлюцинаторного синдрома, но спонтанно он никогда не затухает. Иногда наблюдается обострение симптоматики галлюциноза, зависящее от алкогольных эксцессов, причем клиническая картина этих обострений напоминает острый период болезни.

У большинства таких больных отмечаются нерезко выраженные изменения личности, характерные для алкоголиков: чрезмерная лабильность и подвижность эмоциональной сферы, некоторая поверхностность суждений, юмор алкоголиков и др. Даже спустя многие годы после начала заболевания не обнаруживается сколько-нибудь выраженных признаков интеллектуального снижения. Однако в ряде случаев, несмотря на от-

носительную сохранность формальных способностей, отмечается некоторое снижение психической активности. Последнее, по нашему мнению, обусловлено не столько непосредственно деструктивным процессом, сколько причинами психологического порядка. Отмечается непрерывная фиксация внимания на объектах галлюцинаторного мира. Доминирующее переживание больных — непрерывная борьба с голосами и тревожными мыслями, возникающими в связи с устрашающими и угрожающими или насмешливыми голосами, придающая определенную окраску аффективной сфере больного. Все остальное нередко отходит на задний план. Следовательно, психика таких больных характеризуется теми дефектами, которые неизменно возникают на почве односторонней направленности сознания на определенный круг явлений, имеющих отношение только к аффективной стороне личности больного. Такого рода направленность не может не привести к некоторому психическому оскудению, выражающемуся в понижении реактивности в отношении объектов реального мира и особенно психической активности в ее обычных проявлениях. Возникающее на этой почве некоторое ослабление психических функций, следовательно, носит отчасти вторичный характер. Ни в одном случае хронический алкогольный галлюциноз не заканчивается грубыми изменениями психики в виде деменции, корсаковского психоза и др. Многие авторы хронический алкогольный галлюциноз относили к шизофрении, что мы считаем в корне неправильным, ввиду глубокого различия в их клинической симптоматике и картине исходных состояний. Основным этиологическим фактором хронического алкогольного галлюциноза является алкоголь. Среди дополнительных факторов первое место занимает травма головного мозга. Этот фактор следует признать одним из наиболее способствующих хроническому течению алкогольного галлюциноза. Некоторую вспомогательную роль при этом могут играть также хронические заболевания органов слуха. Характерологические особенности больных не играют той роли в возникновении заболевания, какую им приписывает большинство зарубежных авторов. Несомненную роль в патогенезе хронических алкогольных галлюцинозов играет фактор дебильности, обусловленный травмами, перенесенными в детском возрасте, или другими органическими заболеваниями мозга. Престарелый возраст также способствует хроническому течению заболевания. У изученных нами больных отмечалось нередко сочетание указанных патогенетических факторов. Особое значение в патогенезе хронических алкогольных галлюцинозов имеет нарушение обмена веществ, которое продолжает наблюдаться даже спустя многие годы после отказа от алкоголя. При хроническом алкогольном галлюцинозе нарушается функция печени, доказательством чего служит характерная сахарная кривая после

сахарной нагрузки. Почти у всех больных отмечается стойкая билирубинемия, большая лабильность суточных колебаний сахара и др.

Лечение. Наши данные о лечении больных с хроническими алкогольными галлюцинозами показывают, что при этом тяжелом заболевании в ряде случаев можно добиться значительных успехов. Иногда даже однократное введение сернокислого атропина, адреналина, сернокислой магнезии, фенамина, кофеина, люминала, амитал-натрия и др. значительно ослабляет или на некоторый срок устраняет галлюцинации при хроническом алкогольном галлюцинозе. Систематическое лечение атропином, сернокислой магнезией в сочетании с глюкозой, микродозами иода и брома, а также диатермия головы позволяли нам в отдельных случаях добиваться полного излечения. Само понятие «хроник» должно подвергнуться пересмотру. Больные, считавшиеся неизлечимыми хрониками, при соответствующей строго индивидуальной терапии излечивались, и галлюцинаторный синдром у них не наблюдался в течение ряда лет. Однако в некоторых случаях хронического алкогольного галлюциноза лечение не дает надлежащего успеха.

Глава IX

АЛКОГОЛЬНЫЙ БРЕД (АЛКОГОЛЬНЫЙ ПАРАНОИД)

Алкогольный бред представляет собой остро, подостро или хронически протекающий психоз, основными симптомами которого является бред (ближе стоящий к первичному бреду), бредовая интерпретация окружающего, тревога, страх и психомоторное беспокойство в остром периоде.

До настоящего времени многие иностранные авторы необоснованно относят алкогольный бред к заболеваниям шизофренического круга. Блейер высказывал предположение, что вообще около 10% всех алкогольных психозов имеет шизофреническую этиологию.

Возникает алкогольный бред, как правило, после систематической алкогольной интоксикации; в большинстве случаев развитию бреда способствует истощение, нервное перенапряжение и бессонница, появляющаяся в период абстиненции.

При заболевании алкогольным бредом, видимо, не играет роли ни длительность алкоголизма, ни возраст больных, однако мы не встречали больных с алкогольным бредом, которые злоупотребляли бы алкоголем менее 2 лет.

Клиническая картина. Алкогольный бред возникает большей частью внезапно, в некоторых же случаях он развивается постепенно.

В начальном периоде заболевания могут наблюдаться зрительные и слуховые галлюцинации угрожающего характера (больные видят крыс, мышей, страшных чудовищ и пр.). В редких случаях отмечаются обонятельные галлюцинации. В остром периоде заболевания у больных иногда наблюдается расстройство сознания.

Основным синдромом заболевания являются бредовые идеи преследования или ревности, содержание которых черпается из бредовой интерпретации окружающего. В очень редких случаях в развитии бреда играют известную роль галлюцинации, которые даже в начале заболевания занимают в картине заболевания незначительное место.

Алкогольный бред является первичным, а не возникает из галлюцинаций, как при алкогольном галлюцинозе. Бред большей частью носит систематизированный характер. Боль-

ному кажется, что он совершил тяжелое преступление, что за ним следят, его ожидают страшные мучения, он обречен, его казнят. В страхе он вскакивает, пытается убежать, кричит: «убивают», «режут» и пр. Больному кажется, что вместе с ним погибнет его семья.

На вопрос врача о самочувствии больной отвечает: «Вам все известно», подчеркивая этим свою обреченность и то, что об его «делах» знает не только врач, но и все окружающие. Больной испытывает тревогу, страх. Он замечает, что окружающие подозрительно перемигиваются, подают знаки, все взоры устремлены на него.

Нередко больные считают, что их хотят отравить и для этой цели в пищу подкладывают различные яды; в связи с этим часто наблюдается отказ от пищи.

Во многих случаях поведение больных может представлять большую опасность как для них самих, так и для окружающих. Приведем пример.

У больного С. после 15-летнего злоупотребления алкоголем развился бред преследования. Ему казалось, что его и семью должны подвергнуть жестоким пыткам, поэтому он предложил жене взять сына, пойти на железнодорожную линию и всем троим броситься под поезд. Никаким уговорам и разубеждениям жены больной не поддавался. Однажды он взобрался на подоконник в своей комнате (шестой этаж) и не слезал оттуда, несмотря на уговоры жены. Был вызван врач, которому больной в страхе заявил, что он с минуты на минуту «ждет над собой и своей семьей расправы». Врачу удалось снять больного с подоконника, после чего жена неустанно следила за ним в ожидании кареты для перевозки больного в психиатрическую больницу. Вскоре после ухода врача больной, улучив момент, схватил своего любимого двухлетнего сына и выбросил его из окна, а затем выбросился сам.

Данный случай указывает на необходимость срочного помещения таких больных в психиатрическую больницу и тщательного надзора за ними до стационарирования.

По окончании острого периода заболевания, большей частью кратковременного, алкогольный бред постепенно теряет свою аффективную насыщенность. Больные становятся спокойными, «примираются со своей участью». Страх ослабевает. Вскоре может появиться критика к своему состоянию и наступает выздоровление.

Подобные случаи близки к описанному проф. С. Г. Жислинным алкогольному варианту ситуационного параноида. В большинстве случаев алкогольный бред затягивается на несколько месяцев, иногда принимая хроническое течение. Для иллюстрации приведем следующий пример.

Больной Я., 43 лет, поступил в клиническую невро-психиатрическую больницу 9/III 1949 г. в состоянии психомоторного возбуждения.

Алкогольные напитки употребляет с 16 лет. В 1930 г. появился абстинентный синдром. С этого времени употреблял алкоголь почти ежедневно. С 1937 г. стал пить запоем каждые 2—3 месяца; с 1945 г. — амнестическая форма опьянения.

Особенно злоупотреблял алкоголем с сентября 1948 г. В конце февраля 1949 г. стал плохо себя чувствовать: болела голова, появилась бессонница, не спал пять ночей подряд. 7/III 1949 г. ночью возникли зрительные, слуховые и обонятельные галлюцинации. Видел много крыс, мышей, швырял в них разными предметами, слышал крики, шум голосов, казалось, что от хлеба чем-то пахнет, боялся есть. Говорил жене, что она хочет его отравить, зарубить топором, боялся ложиться спать, плакал, высказывал бредовые идеи самообвинения. Был помещен в больницу.

Физическое состояние: среднего роста, питание понижено, желтушная окраска кожи. Сердечные тоны приглушены, легкие без отклонений от нормы. Печень несколько увеличена и болезненна.

Неврологическое состояние: зрачки равномерны, реакция на свет удовлетворительная, конвергенция обоих глазных яблок достаточная. Сухожильные рефлексы равномерны. Тремор пальцев рук. Симптом Ромберга отрицательный.

Психическое состояние: в первые дни пребывания в больнице дезориентирован в месте и времени, возбужден, громко зовет на помощь жену, утверждает, что его должны здесь убить. Отмечаются слуховые галлюцинации: слышит голоса больных, медицинского персонала, которые его всячески бранят.

Часто больной закрывает глаза и в течение 10—15 минут находится в неподвижном состоянии. Когда эти явления прошли, больной объяснил, что он хотел увидеть свою жену—«она то появлялась, то исчезала».

В дальнейшем зрительные и слуховые галлюцинации исчезли, на первый план выступили бредовые идеи отношения, преследования и самообвинения: «он совершил какое-то ужасное преступление, его подозревают в шпионаже, пропил казенные вещи, воровал продукты, его хотят уничтожить» и т. п.

Под влиянием снотворных больной стал спокойнее, пассивно подчинялся режиму. Ко всем лечебным мероприятиям относился со страхом, категорически отказывался от лечения инсулином, так как «недостойн», «не заработал». Весь день проводил в постели, в трудовые процессы втянуть его не удалось.

В таком состоянии было назначено лечение прерывистым амитал-натриевым сном в течение 7 дней. В первый день лечения больной усиленно отказывался от порошков, но потом подчинился. Спал по 18—20 часов в сутки. Спустя 3—4 дня по окончании лечения состояние больного ухудшилось: обострились бредовые идеи отношения, преследования, особенно усилились идеи самообвинения. Все время думал о своих проступках, ожидал наказания.

Постепенно состояние больного улучшалось, он начал работать в столярной мастерской, стал мягче, доступнее, бредовые идеи прошли, восстановилась работоспособность. В хорошем состоянии больной переведен в дневной стационар.

До настоящего времени остается неясным, почему в одних случаях у больных возникает алкогольный бред, в других — белая горячка, в третьих — алкогольный галлюциноз.

Этот вопрос заслуживает тщательного изучения. Повидимому, известную роль в развитии того или другого заболевания играют индивидуальные особенности больного, склад его характера, тип мышления (образный, вербальный или смешанный), состояние его эндокринно-вегетативной системы и т. п.

Старые спекулятивные теории бреда, основанные на идеалистических концепциях Ясперса или Кречмера, согласно которым бредообразование определяется особенностями личности, совершенно несостоятельны. Правильное объяснение

бреда, в том числе и алкогольного, можно найти, лишь исходя из материалистических физиологических воззрений.

М. О. Гуревич подчеркивает, что «в основе бреда лежит дезинтеграция мышления, нарушение связей и последующая патологическая интеграция представлений и понятий».

И. П. Павлов, указывая, «что область бреда является, может быть, наиболее трудной и сложной для физиологического объяснения», считал, что «в основании бреда лежат два физиологических явления — патологическая инертность и ультрапарадоксальная фаза — то существующие врозь, то выступающие разом, то сменяющие одно другое».

Л. А. Орбели, развивая учение И. П. Павлова о физиологических основах бреда, указывает на возможность ограничения процесса «в определенных участках без того, чтобы остальные участки мозга были подвергнуты этому же состоянию». «Состояние патологической инертности и состояние неправильного реагирования на внешние раздражения могут охватывать отдаленные очаги, не затрагивая всего мозга в целом». При этом, как указывал И. П. Павлов, речь идет не о топографически обоснованных очагах, а об очагах, представляющих собой единую физиологическую систему, которые когда-то в предыдущей жизни связывались в единое «на основе совместного участия в определенном акте». Л. А. Орбели подчеркивает, что «наличие определенных системных явлений, связанных только с определенными функциональными структурами, является основой бредовых явлений».

М. И. Середина, исследуя больных алкогольным бредом по методике проф. Иванова-Смоленского, находила у них инертность раздражительного процесса и фазовые явления, что полностью подтверждает теоретические предпосылки И. П. Павлова.

Дифференциальный диагноз. Большие трудности представляет отграничение алкогольного бреда в остром периоде от параноидных синдромов острой шизофрении. О. В. Кербиков подчеркивает, что при параноидном синдроме острой шизофрении отсутствует шизофреническая потусторонность и мистика. Бредовые идеи связаны со средой, окружающей больного. Однако бредовые идеи при шизофреническом параноиде отличаются диффузностью и полиморфностью (бредовые идеи преследования, воздействия, отношения, бред греховности, ущерб и т. д.).

При дифференциальном диагнозе прежде всего необходимо выяснить, из какого заболевания выкристаллизовывается параноидный синдром. Алкогольный бред возникает на почве хронического алкоголизма, причем обычно обострение последнего предшествует бреду. Алкогольный бред не носит полиморфного диффузного характера, как при шизофрении, а ограничивается в основном бредом преследования или ревности.

Если бред при шизофрении часто трансформируется и носит нелепый характер, то алкогольный бред всегда вытекает из понятных связей и зависит от окружающей ситуации. Кроме того, алкогольный бред не носит замысловатого характера, он конструктивно прост и всегда затрагивает аффективную сферу больных.

Эмоциональная живость, алкогольный юмор, отсутствие характерного для шизофрении нарушения мышления, контактность, доступность, в большинстве случаев благоприятное течение заболевания, естественность поведения больных позволяют отграничивать алкогольный бред от шизофрении.

При дифференциальном диагнозе следует также иметь в виду изредка возникающие параноидные состояния у больных с поражением височной доли, описанные А. С. Шмарьяном. В этих случаях при психопатологических картинах, сходных с алкогольным бредом, следует учитывать органическую почву, на которой развиваются параноидные симптомы.

Лечение. При современных методах активной терапии алкогольный бред почти всегда излечим. Все больные подлежат немедленному помещению в психиатрическую больницу для специального лечения. Если заболевание затягивается больше одного месяца, то при отсутствии противопоказаний больным назначается 9—10-дневный прерывистый амитал-натриевый сон. Больные должны спать не менее 20 часов в сутки. Будить больных не следует; они принимают пищу и отправляют естественные надобности во время спонтанного пробуждения от сна. Вначале больным дают по 0,2 амитал-натрия, если же больные через 2 часа не засыпают, то дозу амитал-натрия повышают до 0,3—0,4. Прием амитал-натрия повторяют после того, как больные просыпаются. Суточную дозу можно доводить до 2,0—4,0. Противопоказанием к применению амитал-натрия являются заболевания почек, тяжелые заболевания печени и сердечная декомпенсация.

Прерывистый сон можно сочетать с инсулинотерапией. Инсулин вводят в количестве от 2 до 40 МЕ, причем каждый день добавляют по 2—3 МЕ. Прерывистый сон и инсулинотерапия должны проводиться под строгим врачебным контролем.

В легких случаях алкогольного бреда можно ограничиться симптоматической терапией в виде внутривенных вливаний 5 см³ 40% уротропина и 10—15 см³ 40% глюкозы. Такие вливания проводят ежедневно в течение 10 дней. На ночь назначают снотворные (нембутал, хлоралгидрат, сонбутал и др.). Внутримышечно вводят по 10—15 мг витамина В₁ в течение 10—15 дней. Внутрь назначают бромиды, глицерофосфаты. Из физиотерапевтических процедур показаны УВЧ терапия, хвойно-соленые ванны (температура 36°) по 10—20 минут.

КОРСАКОВСКИЙ ПСИХОЗ

В своей блестящей диссертации «Об алкогольном параличе» (1887) С. С. Корсаков впервые описал у алкоголиков своеобразный психоз в сочетании с полиневритом, характеризующийся в основном расстройством памяти на текущие и недавние события, ретроградной амнезией, склонностью к конфабуляциям, алкогольным полиневритом при почти полной сохранности памяти на давно прошедшие события.

С. С. Корсаков назвал это заболевание полиневритическим психозом. В последующем С. С. Корсаков и его ученики, а также и другие исследователи углубили и уточнили учение об этом заболевании, подчеркивая, что оно может развиваться не только в связи с алкоголизмом, но и при других инфекциях и интоксикациях.

С. С. Корсаков полагал, что причиной полиневритического психоза являются вызывающие полиневрит токсины, которые влияют одновременно и на головной мозг; расширив границы происхождения этого заболевания, он назвал его в последующем токсической церебропатией.

В 1898 г. на Международном конгрессе психиатров, состоявшемся в Москве, по предложению Жоли этому заболеванию было дано название корсаковского симптомокомплекса; этим подчеркивалась его неспецифичность, ибо Жоли и его единомышленники возражали против нозологической самостоятельности заболевания. В мировой литературе эти возражения в основном сводятся к тому, что симптомокомплекс, подобный корсаковскому психозу, может встретиться не только при различных интоксикациях, но и при органических заболеваниях головного мозга, например, при опухолях мозга, травмах, старческом слабоумии, прогрессивном параличе, артериосклерозе и др., протекающих без полиневрита, и что наблюдаются характерные расстройства памяти на почве токсемии, но без полиневрита; наряду с этим, при токсемиях может возникнуть целый ряд психозов, причем между ними и корсаковским психозом могут встречаться переходные формы.

Исходя из этого, некоторые авторы свели корсаковский психоз к синдрому, свойственному многим органическим заболеваниям нервной системы.

М. О. Гуревич считает, что нозологическая самостоятельность корсаковского психоза больше обоснована, чем других психозов (например, шизофрении), вследствие наличия определенной этиологии, симптоматологии, течения, прогноза, исхода и патологической анатомии, т. е. всех тех требований, которые мы предъявляем к нозологической единице.

В настоящее время название корсаковского психоза (в отличие от корсаковского синдрома, который может встречаться и при других заболеваниях) сохранено за теми случаями, которые имеют алкогольную этиологию и наиболее выраженную клиническую картину, описанную Корсаковым.

Корсаковский психоз развивается обычно у тяжелых алкоголиков после долголетнего злоупотребления алкогольными напитками, причем в анамнезе у этих больных нередко имеется белая горячка, гастриты, гепатиты и т. п. У многих из них Корсаков отмечал невропатическое предрасположение, алкоголизм или нервные болезни родителей. Мы наблюдали развитие корсаковского синдрома у лиц, длительное время злоупотреблявших денатурированным спиртом. Возраст больных обычно старше 30 лет, хотя встречаются и более молодые больные. Гарейзо описал семилетнего мальчика, у которого, вследствие злоупотребления алкоголем, развился типичный корсаковский психоз, впоследствии излеченный. Женщины в большей степени подвержены заболеванию корсаковским психозом, чем мужчины. Маршан и Куртуа, наблюдавшие 550 женщин-алкоголичек, обнаружили более чем у 10% корсаковский психоз. Среди 1700 мужчин-алкоголиков этот психоз встретился только в 4%. По материалам московской лечебницы для алкоголиков, корсаковский психоз составляет лишь 0,25% всех алкогольных заболеваний.

Клиническая картина. Еще задолго до полного развития корсаковского психоза (1—2 года) появляется ряд предвестников — парестезии, боли в ногах ноющего характера и ломота. В ночное время отмечаются судороги в икрах. Походка становится шаткой, неуверенной, особенно в состоянии похмелья. Появляется головная боль, головокружение, потемнение в глазах, искры. Психика этих больных заметно изменяется. Круг интересов суживается, психический уровень несколько снижается. Появляется беспокойство, тревога, безотчетный страх, нарушается сон, беспокоят кошмары. В редких случаях подобные продромальные явления переходят постепенно в корсаковский психоз. Чаще всего такой переход связывается с каким-либо добавочным фактором в виде травмы, истощающего соматического заболевания, особенно колитов, заболеваний печени и т. п.

Начальный период корсаковского психоза во многих случаях протекает, как белая горячка. У больных нарушается сознание, они не понимают, где находятся, не ориентируются во времени, испытывают зрительные и в меньшей степени слуховые галлюцинации. Больным мерещатся крысы, собаки, кошки, крокодилы, ящерицы, черти, обезьяны, птицы, мухи, пауки, разные чудовища. Они слышат голоса, которые их ругают или угрожают.

Больные почти не спят или спят очень мало. Постепенно сознание проясняется, блекнут или совсем исчезают галлюцинаторные явления и на первый план выступает типичное расстройство запоминания, касающееся текущих и недавних событий, а также вырисовывается ретроградная амнезия, простирающаяся подчас на 10—20 лет. Больные забывают, что они женаты, имеют детей и т. п.

Однако профессиональные навыки, особенно простые, автоматические, могут в известной мере сохраняться. Мы наблюдали одного механика, который, страдая корсаковским психозом, забыл название всех частей хорошо известного ему мотора, но, когда он брал отдельную деталь в руки, ощупывал ее, он догадывался, для чего она предназначена. Приведем описание основных психических расстройств в изложении самого Корсакова.

«Обыкновенно из разговора с такими больными можно заключить, что память их глубоко страдает: большей частью они сейчас же позабывают то, что с ними сделалось, забывают, кто у них только что был, то, что больны, и т. д. Но это не у всех; у других хотя память и слабеет, но далеко не в такой степени».

«Когда эта форма наиболее характерно выражена, то можно заметить, что почти исключительно расстроена память недавнего; впечатления недавнего времени как будто исчезают через самое короткое время, тогда как впечатления давнишние вспоминаются довольно хорошо; при этом сообразительность, остроумие, находчивость больного остаются в значительной степени. Так, например, больной не может вспомнить, пообедал он или нет, хотя только что убрали со стола, а между тем играет хорошо в преферанс, в шашки. При этом он действует предусмотрительно, наперед видит последствия опрометчивого хода своего противника и может вести игру, руководствуясь во все время одним планом. Если все партнеры сидят на своих местах, он хорошо представляет себе ход игры, но, когда случайно пересядут, он не в состоянии продолжать игру. Только что убрали шашки или карты, все следы игры скрыли, он позабывает об игре и говорит, что давно не играл. То же самое относительно лиц: больной узнает их, если видел до заболевания, рассуждает, делает свои замечания, часто остроумные и довольно находчивые, по поводу того, что он слышал от этих

лиц; может поддержать разговор довольно интересный, а чуть только ушли от него, он готов уверять, что у него никого не было. Если лицо, с которым он говорил минуты за две до данной минуты, снова войдет и спросит, видел ли он его, больной отвечает: «Нет, кажется, не видел».

«Имен лиц, которых он не знал до начала болезни, он не в состоянии запомнить, а каждый раз эти лица являются для больного как бы совершенно незнакомыми. Вообще память ограничивается только тем, что было до начала болезни, то же, что было после начала болезни, больной совершенно не помнит. Контраст полнейшей амнезии относительно недавнего и сравнительной стойкости памяти давнего поразительный».

«Если долго говорить с больным, то поражающая с первого раза его находчивость, остроумие окажутся очень небольшими: 1) окажется, что для своих рассуждений больной пользуется исключительно старым, давно накопленным материалом; впечатления же нового времени почти не входят в состав его мышления; 2) и из старого-то у больного возникают по преимуществу рутинные комбинации, давно заученные фразы; 3) круг идей, среди которых вращается мышление больного, делается крайне узок, и в этих узких рамках большей частью совершаются все однообразные комбинации».

«Такие больные очень монотонны; мышление их большей частью вызывается не внутренней потребностью, а внешними впечатлениями: начнут с ним говорить — он начинает говорить; увидит вещь — сделает свое замечание, но сам ничем не интересуется. Из данной посылки, впрочем, больные могут делать верные умозаключения, чем и объясняется довольно искусная игра в шашки и карты, когда на столе положение шашек и запись дают возможность больному сразу определить свое положение в данную минуту, не прибегая к воспоминаниям».

«У этих больных все одни и те же, как бы заученные комбинации, но жизненности, вдохновения нет и следа. Интересов решительно никаких нет, кроме интересов физических: поесть, попить, поспать, покурить. К своему положению больные относятся большей частью поверхностно, хладнокровно. Многие из них понимают, что у них памяти нет, но не придают этому серьезного значения. Удивившись, например, что он забыл, что только что он со мной виделся, больной говорит, что, впрочем, всегда у него память была не особенно хороша, и больше об этом не думает. Мучительного процесса неудающегося воспоминания, которое бывает у здоровых людей, у них обыкновенно не существует».

«Все переживаемые события не представляются в сознании в определенной временной перспективе, иногда эта перспектива времени существует, но она очень неглубока, т. е. все давнишние представления кажутся гораздо ближе к настоящему, чем они на самом деле».

«Иногда у таких больных бывает много ложных воспоминаний (псевдореминесценции), вследствие чего они рассказывают небылицы о своем времяпровождении—о небывалых поездках, посещениях, смешивают незнакомых лиц со знакомыми».

Это описание, принадлежащее самому Корсакову, несмотря на наличие большого числа исследований по данному вопросу, является непревзойденным. Наряду с указанными выше формами, Корсаков описал более тяжелое течение этого заболевания, когда, наряду с расстройством памяти, отмечается крайняя вялость, апатия или спутанность сознания, бред, беспокойство. Как видно из всего изложенного, основным симптомом заболевания у больных является резкое расстройство способности запоминания и репродукции.

Параллельно с этим наблюдается ретроградная амнезия, т. е. выпадение из памяти некоторого промежутка времени, предшествовавшего заболеванию. Однако ученики С. С. Корсакова высказывали большие сомнения относительно ретроградской амнезии, в частности, В. Н. Сербский отрицал ретроградную амнезию при корсаковском психозе. Вследствие грубых нарушений памяти, ее провалы больными не осознаются, они не доходят до сознания и заполняются конфабуляциями и бредовыми построениями. М. О. Гуревич и М. Я. Серейский подчеркивают, что эти конфабуляции можно суггестивно направлять в ту или иную сторону. Однако расстройства памяти не всегда бывают так серьезны, как это кажется на первый взгляд. При известной упражняемости больные могут еще кое-что запомнить. В части случаев хотя память и расстраивается, но у больных все же могут удерживаться эмоционально окрашенные впечатления, они способны иногда вспоминать некоторые факты из своей жизни—как из давнего прошлого, так и касающиеся ближайших событий. Сознание у больных сравнительно ясное, и по первому впечатлению, производимому больным, трудно себе представить тяжесть их заболевания. Способность ассоциировать представления расстраивается. Активное внимание почти не изменяется, ориентировка же значительно нарушена.

В окружающем больные ориентируются с трудом, «главным образом по догадке». В. А. Гиляровский подчеркивает, что когда больного помещают в лечебное учреждение, он быстро догадывается, что имеет дело с врачами, медицинским персоналом и т. п., причем если спросить его, где он находится, то он обычно называет какое-нибудь учреждение, знакомое ему по прежнему опыту. Ориентировка во времени значительно расстраивается. Больной не может правильно назвать число, месяц и год. Он не может себе представить, как долго находится в больнице, не может вспомнить, когда произошло данное событие—сейчас или год назад.

Л. М. Розенштейн подчеркивает, что у больных все же сохраняется воспроизведение. Например, в тех случаях, когда

больной не может вспомнить имя своего врача или кого-либо из окружающих, то, если при перечислении различных имен вставить то имя, которое нужно, больной почти безошибочно его указывает.

В последнее время подчеркивается, что при корсаковском психозе не только расстраивается память, но изменяется и вся психика в целом.

Особое значение имеет расстройство восприятия времени, причем нарушается не элементарное чувство времени, а в основном расположение событий во времени, т. е. утрачивается хронологический порядок — гнозис времени. Расстройство гнозиса времени, говорит М. Я. Серейский, «не может не влиять на процессы мышления, так как и само мышление расположено во времени». Р. Я. Голант считает, что «особенность поражения способности репродукции заключается при корсаковском синдроме в поражении моторной компоненты процесса мышления, в утрате гибкости мышления, в расстройстве способности переключения из одной ситуации в другую, в нарушении установок, а потому в неактуализировании противоположного знания». «Эти больные, — подчеркивает Голант, — оказываются застывшими в своем мышлении, оторванными от своего прошлого и мало заглядывающими в свое будущее».

И. Г. Равкин считает, что «корсаковский амнестический симптомокомплекс представляет собой вначале острое, а затем хроническое оглушенное состояние». И. Г. Равкин справедливо указывает, что нельзя относить всю психопатологическую картину, наблюдаемую при корсаковском психозе, за счет оглушенного состояния. Развитие конфабуляций и псевдореминесценций, по И. Г. Равкину, может возникнуть «на фоне оглушенного сознания...» «аналогично тому, как это бывает во сне со сновидениями». Настроение вначале бывает несколько тревожным, впоследствии оно сменяется эйфорическим. Через несколько месяцев и лет алкогольно-эйфорическая окраска настроения сменяется вялым, апатичным, мрачным настроением. Аффективная сфера неустойчива.

Интеллект снижается. Больные теряют инициативу, тупеют. Суждение их ослабевает. Они часто становятся нетрудоспособными, вследствие грубых расстройств памяти, и не могут выполнять свои профессиональные обязанности. В. А. Гиляровский говорит об известном огрубении психики, о некотором ослаблении психического тонуса. Крепелин также указывает на тяжелые нарушения интеллекта, не зависящие от расстройства памяти. Эти больные становятся «психически неповоротливыми», ребячливыми, непонятливыми. Нередко отмечаются бредовые идеи преследования, отравления и т. п. При наличии слабоумия могут также возникать нелепые идеи или идеи величия. В тяжелых случаях больные перестают заботиться о себе, неподвижно лежат в постели, неряшливы, пренебрегают

культурными навыками, не умываются, ибо считают, что это уже сделали. Обычно такие больные спокойны, лежат тихо, выражение лица у них также спокойное, мимика вялая. Взгляд устремлен в одну точку. Если к ним не обращаются, они первые не вступают в разговор. Мышление их, повидимому, ничем не занято и нужен какой-либо внешний стимул, чаще всего в виде разговора, чтобы заставить их мысль работать. Наряду с этим, бывают ажитированные больные, особенно те, у которых отмечаются иллюзии зрения или парестезии, причиняющие им беспокойство. Наблюдаются также сонные ступорозные больные, в основе заболевания которых лежит тяжелое органическое поражение стволовой части мозга.

Со стороны нервной системы на первый план выступают явления алкогольного полиневрита различной интенсивности. Нередко наблюдается парапарез, мышечные атрофии с контрактурами, иногда параличи глазных нервов, чаще всего отводящих. Нервные стволы и мышцы болезненны при надавливании. Симптом Ромберга положительный. Реакция зрачков на свет вялая, нередко отмечается анизокория, атаксия, дрожание пальцев рук, шаткая походка. Сухожильные рефлексы часто исчезают или ослаблены, но иногда отмечается их повышение. Кожные рефлексы сохраняются долгое время. В различных частях тела отмечаются боли и парестезии различной интенсивности. Парестезии в основном сводятся к ощущению ползания мурашек, ощущению чего-то постороннего в конечностях; иногда ночью больным кажется, что по ним бегают крысы, мыши и т. п. Эти ощущения в разгаре заболевания сменяются чувством холода и давящей боли в конечностях; больным кажется, что конечности их забинтованы. Нередко бывают выражены трофические и сосудодвигательные расстройства в виде общего похудания, дряблости, отеков. Внешний вид больных значительно изменяется, появляется одутловатость и обрюзглость.

Для примера приведем одну историю болезни.

Больной Д., 40 лет, жалуется на боли в руках и ногах. Отец больного алкоголик. Больной родился в срок, развивался правильно.

В дошкольном возрасте перенес корь, ветряную оспу, паратиф. По характеру был общительным ребенком, но упрямым и настойчивым, учиться начал с 9 лет, окончил 5 классов железнодорожного училища, причем учился хорошо. В возрасте 16 лет поступил в фельдшерскую школу, которую окончил в 1917 г.

В 1923 г. окончил медицинский институт. С 1923 г. работал хирургом в Башкирии, а с 1932 г. — в Московской области.

По словам товарищей, проявлял себя способным хирургом, не останавливался перед проведением сложных операций. В 1934 г. уехал в бухту Ногаева, где пробыл до 1937 г.

В 1921 г. болел сыпным тифом, давшим осложнение со стороны мозга; при этом отмечалось содружественное косоглазие. В 1926 г. перенес малярию в тяжелой форме. В 1934 г. болел острым суставным ревматизмом, в 1936 г. — колитом.

Злоупотреблять алкоголем начал с 1926 г. Пил водку, вино, разведенный спирт. С 1927 г. абстинентный синдром. Постепенно дозы алкоголя начал увеличивать, выпивая по 0,5—1—1,5—2 л водки в день. В 1934 г. перенес белую горячку, по поводу чего лечился в психиатрической больнице. С 1934 по 1938 г. употреблял алкоголь систематически, но все же умеренно. С января 1938 г., находясь в отпуску, начал снова злоупотреблять алкоголем. Почти ежедневно выпивал по 0,75—1,5 л водки.

Жена больного характеризует его до заболевания как веселого, общительного, отзывчивого человека, увлекавшегося своей работой. С марта 1938 г. у больного повысилась утомляемость, раздражительность. В конце апреля перенес грипп с повышением температуры, жаловался на двоение в глазах. В начале мая отмечалось кратковременное значительное повышение температуры, напоминавшее малярийный приступ. С 3/V у больного обнаружили явления язвенного стоматита, он перестал принимать пищу, пил лишь воду, резко ослабел и был помещен в местную терапевтическую больницу. Там была установлена картина язвенного стоматита и дерматита кожи мошонки. По вечерам держалась субфебрильная температура. Отмечено повышение РОЭ (40 мм в час), гиперлейкоцитоз (9 400).

С 14/V появились зрительные галлюцинации: больной видел входящих в комнату людей, сидящего на абажуре сотрудника больницы; больной вскакивал с кровати, прсвозглашал тосты за жену и других лиц. Не спал, был беспокоен. Удовлетворительно ориентировался в окружающей обстановке, но неправильно ориентировался во времени. Неверно называл число и месяц, путал даты прошлых событий, жаловался на головную боль, головокружение. Временами нарушалось сознание, не узнавал жены и окружающих. Ввиду выявившегося психического расстройства, больной был переведен 22/V в психиатрическую клинику.

Физическое состояние. Кожа и слизистые покровы бледны, лицо одутловато. Язык обложен. При пальпации живота отмечается болезненность по ходу тонких кишок. Печень увеличена и болезненна при пальпации. Запоры, чередующиеся с частыми поносами. Сердце не увеличено, тоны сердца значительно приглушены, пульс не учащен, удовлетворительного наполнения.

Неврологическое состояние. Пателлярные рефлексы и рефлексы с ахиллова сухожилия отсутствуют. Резкая болезненность нервных стволов. Болевая чувствительность понижена, имеются участки выпадения чувствительности по ходу отдельных периферических нервов.

Психическое состояние: в первые дни пребывания в клинике сознание неясное. В дальнейшем больной обнаруживает понимание своего болезненного состояния и адекватно переживает его. Ориентировка во времени и месте нарушена, не может ответить, какое число, месяц, год, отвечает неправильно, предварительно долго смотрит в окно. В течение всего дня на вопрос, который час, называет только утренние часы: 10—11 часов. На вопрос, в каком городе находится, всегда называет Уфу или Самару. Если спрашивают, сколько времени находится в клинике, всегда отвечает, что один день. Охотно вступает в контакт, всегда старается удержать у себя врача, подчеркивая, что ему скучно без собеседника. К окружающим обращается только с просьбой дать закурить или принести ему спиртных напитков.

Вначале отмечались зрительные галлюцинации: видел красноармейцев, чистящих винтовки, лошадей, различные фронтовые картины. Активное внимание понижено, интересы ограничиваются физиологическими потребностями, причем по мере удаления в прошлое амнезия выражена слабее.

Легко вспоминает, подробно и в хронологическом порядке о своем раннем детстве и школьных годах. Часто датирует одним временем два несовместимых события, не замечая сам этого противоречия, например, окончание фельдшерской школы и медицинского института относит к 1917 г. При напоминании отдельных событий радуется заполнению пробелов памяти. Заполняет пробелы в памяти конфабуляциями; так, на во-

прос врача, видел ли он его, отвечает, что был с ним знаком и работал вместе в уфимской больнице. Пытается объяснить боль и ломоту в ногах сделанными им прогулками и путешествиями. Забывая о своем полиневрите, пытается производить быстрые движения, тут же прекращает их и заявляет окружающим о своих болезненных ощущениях. При затруднениях в ответе из-за расстройства памяти проявляет большую изворотливость, отделяясь от прямого ответа шуткой или общей фразой. Беседуя с женой, предпочитает больше задавать вопросы, чем отвечать на них, или отвечать на вопросы вопросами. Только что происшедшие события относит к более или менее отдаленным; так, через полчаса после произведенной пункции на вопрос, сделана ли ему пункция, отвечает, что сделана несколько дней назад. Жалуется, что очень долго тянется день. Текущие события при непосредственной репродукции воспроизводятся, но через короткие промежутки времени забываются. Так, например, больной много раз в день здоровается с врачом, заявляя, что видит его сегодня в первый раз. При этом обнаруживается, что те или иные быстро забытые восприятия больной продуцирует в дальнейшем, но в искаженной хронологической последовательности. Забывая имя и отчество врача, догадывается об этом при назывании его инициалов. Производит беззвучное движение губами и как бы пытается вспомнить искомую моторную форму для произнесения спрошенного у него имени.

Запас знаний и представлений, полученных больным в более близком прошлом, оказывается в значительной степени утраченным при требовании восстановить их спонтанно. На специальные же вопросы из области врачебных знаний, приобретенных больным много лет назад, он дает правильные ответы. Настроение неустойчивое, временами апатичен; при этом проскальзывает живая эмоция с депрессивным оттенком, которую он связывает со своим тяжелым заболеванием.

Больной часто благодушен, склонен к юмору, причем шутки носят плоский характер. Безинициативен, аспонтанен. Оставаясь в одиночестве, быстро засыпает. В беседе с врачом выявляется быстрая истощаемость; при этом амнестические нарушения резко усиливаются.

В дальнейшем состояние больного постепенно улучшалось. Больной более точно ориентирован во времени, улучшилась память, часто вспоминает мелкие факты из своей жизни, а также из жизни больницы. Через 5½ месяцев состояние больного улучшилось, и он был выписан.

Течение и прогноз. Если клиника корсаковского психоза изучена прекрасно, то катамнез этих больных, исход заболевания выяснены еще не достаточно. Представляет интерес случай корсаковского психоза, приводимый И. Г. Равкиным и описанный в 1925 г. Л. М. Розенштейном.

У больной С. в возрасте 16 лет появился корсаковский психоз, причем диагноз полиневритического психоза установил сам Корсаков. В 55-летнем возрасте, т. е. спустя 39 лет после начала заболевания, у больной обнаружилось резкое расстройство памяти по корсаковскому типу и полиневритические явления. В этом случае следовало ожидать слабоумия вследствие указанных выше дефектов памяти, граничащих с полным ее отсутствием. Однако, несмотря на почти сорокалетнюю давность заболевания, у больной не наблюдалось слабоумия. Больная почти все время работала, хорошо справляясь со своими обязанностями. Она правильно ориентировалась в окружающей обстановке, отличалась находчивостью и настолько компенсировала свой дефект памяти, что окружающие считали ее здоровой. Однако больная, прежде, чем указать свой адрес и телефон, должна была посмотреть в записную книжку.

Мы катамнестически проследили на протяжении от 3 до 12 лет 8 больных корсаковским психозом. У всех этих боль-

ных заболевание носит регрессиентный характер. У 2 больных настолько восстановилась трудоспособность, что они вернулись к несложной работе; у двух оказалась стойкая инвалидность без дальнейшего ухудшения заболевания, причем в одном случае алкоголизм сочетался с травмой; у 4 больных отмечалось заметное улучшение.

Корсаковский психоз имеет обычно хроническое течение. Ступорозная форма всегда протекает остро. В легких случаях возможно выздоровление без заметных дефектов. В течение года или меньшего периода все явления постепенно сглаживаются, восстанавливается память. Таким образом, болезнь имеет тенденцию скорее к регрессиентному, чем к прогрессиентному течению. Быстрее всего проходят полиневритические явления. В молодом возрасте шансов на выздоровление больше, чем в пожилом. Некоторые больные становятся слабоумными, вследствие органического поражения головного мозга. Корсаковский психоз, протекающий злокачественно, обычно заканчивается через 1—2 года смертью вследствие геморрагического пахименингита или полиоэнцефалита и других случайных причин. Прогноз всегда следует ставить с осторожностью, так как даже в благоприятно протекающих случаях дефекты памяти остаются в течение длительного времени.

Патологическая анатомия. Наряду с изменениями, характерными для хронического алкоголизма, при корсаковском психозе находят диффузную гибель клеток коры мозга. Поражение клеток бывает наиболее выражено во втором и третьем корковом слое.

Нервные волокна обнаруживают на различном протяжении картину распада, особенно резко выраженную в области центральных извилин и распространяющуюся до *corona radiata* и внутренней капсулы.

Гампер (Gampel) считает, что поражение локализуется главным образом в стволовой части мозга, причем процесс этот не воспалительный, на что еще ранее указывал Бонгеффер. Во всех случаях корсаковского психоза Гампер находил поражение мамиллярных телец, а в резко выраженных случаях — их атрофию. Он подчеркивает, что во всех изученных им случаях корсаковского психоза имелось избирательное поражение мозга, в основном центральной вегетативной системы.

Однако одним поражением мамиллярных телец нельзя объяснить амнестический синдром, как это упрощенно делает Гампер, ибо при корсаковском психозе поражаются сложные синтетические функции, связанные с корой мозга.

Значительные изменения наблюдаются также и в спинном мозгу, где на значительном расстоянии отмечается исчезновение волокон, особенно в столбах Голля. Альцгеймер (Alzheimer) находил при корсаковском психозе настоящие энцефалитические фокусы, в которых все клетки сосудистой стенки ин-

тенсиивно разрастаются и дают начало отросткам сосудов и большим фибробластам. Иногда наблюдаются и другие изменения сосудов, в частности, их гиалиновое перерождение. В результате поражения сосудов появляются мелкие кровоизлияния.

Дифференциальный диагноз. Диагностика корсаковского психоза не вызывает особых затруднений. Однако в ряде случаев, особенно при корсаковском синдроме, наблюдаемом при других заболеваниях, могут встречаться известные трудности.

От корсаковского синдрома травматической этиологии корсаковский психоз отличается тем, что при первом наблюдается острое начало, а также быстрое развитие синдрома; при втором же мнестические нарушения развиваются постепенно.

Однако уже сама травма головного мозга может явиться результатом начавшегося корсаковского психоза. Ясность в этот вопрос вносит анамнез. От прогрессивного паралича корсаковский психоз отличается прежде всего анамнезом. В последнем случае в анамнезе имеется алкоголизм, а при прогрессивном параличе — сифилис и положительная реакция Вассермана в ликворе. Далее, при прогрессивном параличе отмечается общая потеря памяти, паралитические инсульты с преходящими параличами, рефлекторная неподвижность зрачков, расстройство речи, медленное развитие болезни.

При артериосклерозе на первый план выступают мозговые очаговые явления.

Лечение. Больные корсаковским психозом подлежат стационарному лечению, по крайней мере в течение острого периода.

Воздержание от алкоголя уже само по себе является оздоравливающим фактором, что без стационарирования трудно осуществить. Кроме того, возбуждение, нарушение ориентировки и грубые расстройства памяти инвалидизируют больного и лишают его возможности следить за собой.

В начале заболевания при делириозных явлениях применяют такое же лечение, как при белой горячке. Весьма обнадеживающие результаты дает инсулинотерапия¹, при своевременном назначении которой, повидимому, исключается возможность перехода белой горячки в корсаковский психоз. В связи с работами, подчеркивающими значительное нарушение витаминного обмена при корсаковском психозе, рекомендуются витамины В₁ и В₂.

Витамины особенно благоприятно влияют на полиневритические явления, которые после витаминотерапии быстро исчезают. Большую пользу при атрофии мышц, параличах и т. п. может принести массаж, гимнастика, фарадизация.

¹ В тех случаях, когда имеются грубые органические изменения, инсулинотерапия не дает эффекта.

В качестве общеукрепляющего средства рекомендуется общее облучение кварцем. Известную роль может сыграть дезинтоксикация, что особенно важно в первые дни. Это достигается при помощи внутривенного введения гипертонических растворов глюкозы и сернокислой магнезии. Для улучшения памяти нужно применять ряд упражнений. О целесообразности таких упражнений говорит Грегор, который подобным образом добивался некоторого улучшения памяти и запоминания.

Необходимо тщательно следить за соматическим состоянием больных, в частности, предупреждать пролежни. Длительное пребывание в постели у наиболее слабых больных может привести к ряду серьезных трофических изменений в виде трудно заживающих пролежней. Кожа больных должна содержаться в чистоте. Подвергающиеся давлению части тела следует регулярно обтирать спиртом, смазывать камфорным спиртом и хотя бы раз в декаду облучать кварцем.

АЛКОГОЛЬНЫЙ ПСЕВДОПАРАЛИЧ

Алкогольный псевдопаралич получил свое название ввиду его сходства с прогрессивным параличом. Однако в этиологическом отношении между этими заболеваниями нет ничего общего. Алкогольный псевдопаралич встречается у лиц, длительное время злоупотреблявших суррогатами алкоголя, в частности, денатурированным спиртом. Из 12 случаев алкогольного псевдопаралича, наблюдавшихся нами, в 7 случаях отмечалось длительное злоупотребление денатурированным спиртом.

Алкогольный псевдопаралич развивается главным образом у истощенных алкоголиков с резким расстройством питания, нарушением обмена веществ при наличии гиповитаминоза или авитаминоза, однако он может развиваться и у алкоголиков с ненарушенным питанием.

Крепелин указывал, что в большинстве случаев алкогольный псевдопаралич представляет собой сочетание хронического алкоголизма с прогрессивным параличом либо с сифилитическими или артериосклеротическими заболеваниями сосудов.

Эта точка зрения неправильная. В случаях, о которых упоминает Крепелин, следует говорить о сочетании хронического алкоголизма с прогрессивным параличом, артериосклерозом головного мозга и др., а не об алкогольном псевдопараличе.

Клиническая картина. Еще задолго до появления алкогольного псевдопаралича у больного наблюдаются эпилептиформные припадки, один или несколько приступов белой горячки или острого алкогольного галлюциноза. Больные плохо справляются с работой, быстро утомляются. Лица, занимающиеся интеллектуальным трудом, поражают окружающих своей необычайной рассеянностью, забывчивостью; срочные дела они не могут выполнить во-время, нуждаются в неоднократных напоминаниях, причем свою несостоятельность оправдывают разного рода отговорками. Наконец, они теряют трудоспособность и вынуждены лечь в больницу.

Иногда больные выглядят истощенными, однако во многих случаях питание больных может и не нарушаться. Отмечаются глухие тоны сердца, ослабление его функциональной способ-

ности, болезненность при пальпации печени, ввиду алкогольного гепатита, катарры желудочно-кишечного тракта, т. е. выраженные изменения внутренних органов, характерные для алкоголизма.

У таких больных наблюдается в тяжелых случаях мышечная гипертония, патологические, хватательные рефлексы, вялая реакция зрачков на свет, расстройство речи, быстрая истощаемость, боли в конечностях. В легких случаях и в случаях средней тяжести зрачковые реакции не нарушаются, отмечается лишь изменение сухожильных рефлексов (то повышение, то понижение, а иногда и полное их отсутствие), полиневритические явления, парестезии, тремор пальцев рук, иногда незначительные расстройства речи. В крови отмечается били-

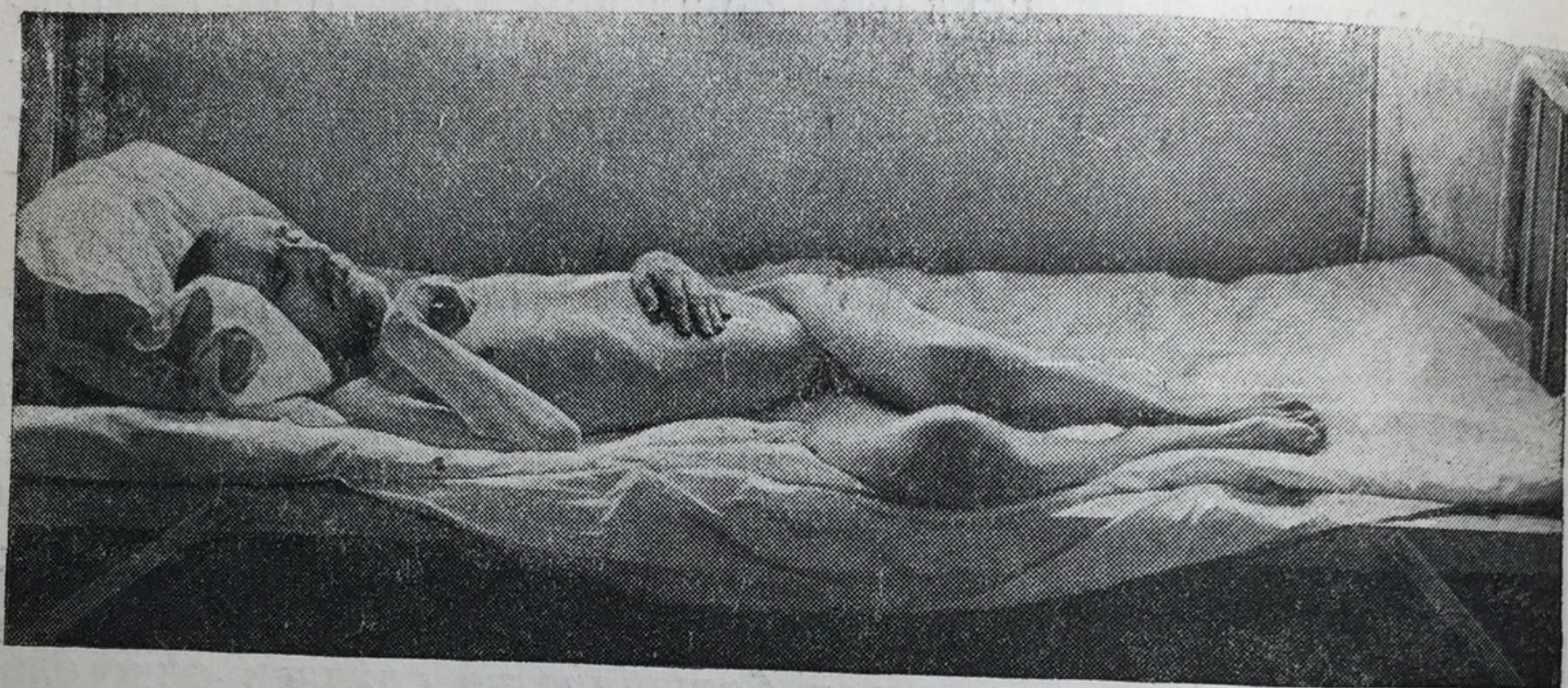


Рис. 17. Больной алкогольным псевдопараличом.

рубинемия, резкая лабильность сахарной кривой, иногда значительно выраженная гипогликемия. У одного больного алкогольным псевдопараличом, сопровождавшимся эпилептиформными припадками, мы обнаружили падение сахара до 48 мг%. Количество холестерина снижается. Отмечается ядерный распад, сдвиг формулы крови влево, падение гемоглобина, нарушение витаминного обмена—понижение содержания витаминов С, В₁, РР.

Со стороны психики у большинства больных отмечается оглушенность, быстрая истощаемость. Несколько минут больные правильно отвечают на вопросы, неплохо считают, затем начинают что-то бормотать, высказывать неудовольствие, что «им не дают покоя разными вопросами да расспросами», стараются увильнуть от ответов, затем делают грубые ошибки в счете; наконец, истощаемость становится настолько сильной, что они просто не отвечают на вопросы и не слушают собеседника, устремив взгляд в одну точку.

Вся картина заболевания, повидимому, сводится к резко выраженной истощаемости психики и функциональной сла-

бости клеток коры головного мозга, вызванной длительной интоксикацией алкоголем.

Наряду с этим, наблюдаются зрительные и слуховые галлюцинации, однако галлюцинаторные образы носят малоподвижный характер, однообразны. Больные кажутся оглушенными, погруженными в себя, заторможенными. Эмоциональная сфера у них неустойчивая. В силу резкого истощения психики они подчас не проявляют интереса ни к чему, не оживляются при виде своих родственников, не высказывают никаких желаний, безразлично относятся к своему лечению. Комбинаторные способности у них резко ослаблены. Ассоциативные процессы затруднены, удлиняется латентный период ответной реакции. Ассоциации носят примитивный характер. Критика до некоторой степени сохраняется. Иногда появляются бредовые идеи ревности, величия или преследования. Однако эти бредовые идеи не носят систематического характера, непрочны. Память может резко расстраиваться, причем нередко отмечаются конфабуляции. В некоторых случаях алкогольный псевдопаралич в силу ярко выраженных бредовых идей величия, значительного нарушения критики может очень напоминать прогрессивный паралич.

Дифференциальный диагноз. От прогрессивного паралича алкогольный псевдопаралич отличается своим течением. Это заболевание, достигнув вершины своего развития, в дальнейшем не прогрессирует, а, наоборот, имеет тенденцию к обратному развитию, заканчиваясь нередко выздоровлением или улучшением. В наиболее злокачественно протекающих случаях заболевание оканчивается смертью. Плеоцитоз отсутствует. Серологические реакции отрицательны, в отличие от прогрессивного паралича. От инсульта алкогольный паралич отличается постепенным развитием расстройств речи, тогда как при инсульте речевое расстройство наступает сразу. Известные затруднения возникают при дифференцировании алкогольного псевдопаралича от артериосклеротических расстройств у алкоголиков, когда, наряду с полиневритическими нарушениями на первый план выступают очаговые симптомы, гемиплегия, афазические, агностические и апрактические явления.

Лечение. Рекомендуются немедленная дезинтоксикация, осуществляемая путем внутривенного введения гипертонических растворов глюкозы и уротропина. Показаны тонизирующие средства, стрихнин, мышьяк, глицерофосфаты, спермоль. В больших дозах должны вводиться витамины В₁ и С (от 5 до 10 мг внутривенно). Иногда наблюдается улучшение от применения никотиновой кислоты (по 0,02—0,05 два раза в день).

Пища больных должна быть богата витаминами. Фрукты, овощи, овощные соки должны занимать в пищевом рационе больных первое место. Благоприятно действует вливание глюкозы, хлористого кальция, общее облучение кварцем.

Глава XII

ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ МОРФИНОМ

Острое отравление морфином проявляется то немедленно, то через полчаса-час и больше, в зависимости от способа его введения (внутривенно, подкожно, внутрь и т. п.), а также от дозировок.

Минимальная смертельная доза морфина для взрослого равна 0,2, средняя — 0,3—0,5.

После приема токсической дозы морфина вначале отмечается возбуждение, эйфория, чувство жара во всем теле, сухость во рту, краснота кожи, затем появляется головокружение, резкая слабость, головная боль, шум в ушах, сильное потоотделение, частые позывы на мочеиспускание, все нарастающая сонливость, одурение. Вскоре больные впадают в коматозное состояние. Дыхание крайне замедляется, едва ощущается (до 3—5 дыхательных движений в минуту). Сердечная деятельность вначале возбуждается, а затем резко падает, вплоть до паралича сердца. Зрачки суживаются, появляется цианоз. Нередко выступает также сыпь. Отмечается гипотермия, глюкозурия, альбуминурия.

Отравление морфином выявляется значительно быстрее при его подкожном введении. Вскоре после введения морфина наступает бессознательное состояние.

В некоторых случаях после приема смертельных доз морфина агония может затягиваться, появляется кровавый понос, задержка мочи, цианоз. В части случаев перед смертью наблюдаются тонические или клонические судороги, которые можно частично объяснить обеднением крови кислородом и повышением в ней содержания углекислоты, а также раздражающим действием морфина на спинной мозг.

При внутривенном вливании смертельных доз морфина смерть может наступить немедленно.

Течение. В благоприятно протекающих случаях коматозное состояние переходит в глубокий сон, продолжающийся от 24 до 36 часов. Одновременно исчезают также и конвульсии. После пробуждения больные испытывают головную боль, головокружение, слабость; наблюдается рвота, вялость кишеч-

ника (запоры), причем расстройство кишечника может тянуться длительное время.

В случаях с летальным исходом кома становится глубокой, пульс почти не прощупывается, дыхание делается незаметным и крайне замедленным. Смерть наступает вследствие паралича дыхания.

При отравлении морфином прогноз следует ставить осторожно, ибо описаны случаи, когда смерть наступала после того, как больной уже вышел из коматозного состояния и считался поправившимся. Причиной смерти в таких случаях был повторный коллапс, обусловленный отеком легких.

Даже после выздоровления могут возникнуть тяжелые осложнения в виде потери зрения, речи, параличей и т. д.

В части случаев, когда смерть явно вызвана морфином (внутривенное вливание), никаких патологических изменений не находят. В большинстве случаев отмечается резкое переполнение кровью мозговых оболочек и пазух, гиперемия легких; кровь жидкая и имеет темную окраску.

Важнейшее правило при лечении отравлений: *Bis dat qui cito dat* (кто скоро действует — вдвойне успевает).

Физиологическим противоядием морфина по праву считается атропин, оказывающий возбуждающее действие на дыхательный центр, ослабляющий тонус блуждающего нерва и поддерживающий сердечную деятельность. Назначают атропин по 0,001 под кожу каждые два часа, в зависимости от тяжести состояния. В последнее время усиленно рекомендуется в качестве средства, возбуждающего дыхательный центр, 1% раствор лобелина (по 1 см³ подкожно). Последний аналогично атропину также можно вводить повторно. Наряду с этим, применяется общевозбуждающее лечение: черный кофе, кофеин и камфора под кожу, эфир, аммиак, холодные обливания головы, вдыхание смеси кислорода с углекислотой.

Если кожные покровы наощупь холодные и температура у больного понижена, рекомендуется растирание, горячие бутылки, согревание в теплой постели.

Независимо от способа введения морфина, необходимо несколько раз промыть желудок водой, куда прибавляют 0,25—0,5% раствор таннина или раствор марганцовокислого калия 1 : 2500, чтобы перевести алкалоид в трудно растворимое соединение, ввиду того что от 40 до 70% морфина выделяется слизистой оболочкой желудка и кишечника довольно длительное время. Одновременно нужно опорожнить мочевой пузырь путем катетеризации. Весьма полезно также искусственное дыхание, даже в тех случаях, когда дыхание еще не совсем прекратилось. Некоторую пользу может принести вдыхание кислорода под повышенным давлением. Внутрь дают 0,4% раствор марганцовокислого калия (по одной чайной ложке каждые 15—30 минут). Рвотные средства противопоказаны.

Хроническое отравление морфином (морфинизм)

Морфинизм, героинизм и опиомания имеют большое распространение в капиталистических странах. Безработица, нужда, отсутствие всяких перспектив в капиталистических странах способствуют развитию наркоманий.

В СССР оздоровление труда и быта, ликвидация безработицы, неуклонный рост материального и культурного уровня трудящихся, соответствующее законодательство, карающее сбыт наркотиков, привели к почти полной ликвидации наркоманий. Морфиномания стала в СССР редким заболеванием. По данным московских невро-психиатрических диспансеров и психиатрических больниц, в 1948 г. морфинизм снизился в 20 раз по сравнению с 1933 г.

Этиология. Каждый человек, принимающий длительное время морфин, может стать морфинистом. Разница лишь в том, что у одних лиц это заболевание наступает более быстро, у других — медленнее.

Мы на материале, охватывающем 180 больных, нашли, что 108 больным (60%) морфин был назначен для уменьшения болей, вызванных в 43 случаях ранениями и контузиями, в 65 — различными хроническими заболеваниями, причинявшими нестерпимые боли (невралгии, холециститы, камни почек, спайки после операции, язва желудка, деформирующий артрит, радикулиты и т. п.). Эти больные привыкли к морфину и в дальнейшем делали себе инъекции морфина сами. Лишь 72 больных (40%) начали принимать морфин под влиянием товарищей или по собственному побуждению. Известную роль в развитии морфинизма играет также профессия. Лица, которым знакомы свойства морфина и которым легко его достать, нередко прибегают к нему для «поднятия» умственной и физической деятельности и в конце концов становятся морфинистами.

Значительную роль в развитии морфинизма играет также индивидуальная реакция на морфин. У некоторых лиц уже первый прием или первая инъекция морфина вызывает приятное возбуждение, веселое настроение духа, чувство легкости, повышает умственную деятельность и т. п. Эти лица в основном и становятся морфинистами. Лица, испытывающие идиосинкразию к морфину, у которых даже после небольшой его дозы появляется головокружение, тошнота, слабость, сонливость и т. п., редко становятся морфинистами.

Классификация морфинизма. Мы в 1935 г. предложили следующую классификацию морфинизма: 1) привычный морфинизм, 2) морфиномания, 3) морфинодипсомания, 4) морфинизм в сочетании с другими психическими заболеваниями, 5) морфинный делирий.

Привычный морфинизм. Больные принимают морфин не из-за желания вызвать искусственную эйфорию, а с

тем, чтобы успокоить физическую боль. Такие больные принимали вначале морфин по предписанию врача. Систематическое употребление морфина в течение ряда месяцев и лет вызвало привычку к нему. К этой группе можно отнести больных с хроническими заболеваниями, причиняющими нестерпимые боли (холециститы, камни почек, тяжелые невралгии и радикулиты, спайки после тяжелых операций и т. п.). Обычно по излечении заболевания большинство таких больных прекращает употребление морфина.

Морфиномания—сильное влечение к морфину, развивающееся у лиц с психопатическими чертами характера, значительными колебаниями настроения, неустойчивостью, быстрой истощаемостью. Эти лица обращаются к морфину как к источнику эйфории и быстро привыкают к нему, становясь наркоманами в полном смысле слова. Такие больные дают менее благоприятный прогноз, чем привычные морфинисты, ибо у них навсегда сохраняется готовность к рецидиву.

Морфинодипсомания характеризуется влечением к морфину, возникающим периодически (подобно дипсомании).

Сочетание морфинизма с другими психическими заболеваниями (алкоголизм, шизофрения, эпилепсия, органическое заболевание центральной нервной системы и т. п.).

Морфинный делирий возникает в период абстиненции у тяжелых морфинистов, принимавших большие дозы морфина. Привычный морфинизм и морфиноманию целесообразно разделить на три стадии: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную.

Компенсированная форма—наиболее легкая. Больные сохраняют трудоспособность, со стороны нервной системы отмечается лишь неврастенический синдром. Соматическое состояние без особых отклонений от нормы. Абстиненция протекает легко. Дозы морфина небольшие—от 0,01 до 0,05. Нередко такие больные могут самостоятельно прекращать прием морфина.

Субкомпенсированная форма наблюдается у больных, принимающих морфин свыше года. Трудоспособность снижена, больные истощены. Отмечается незначительная деградация личности. Абстиненция протекает тяжело. Самостоятельно прекращать прием морфина больные не могут. Критика сохранена. Принимаемые дозы морфина колеблются от 0,1 до 1,0.

Декомпенсированная форма характеризуется резко выраженной деградацией личности. Полная утрата трудоспособности, значительно выраженное физическое истощение. Угасание *libido* и потенции. Абстиненция достигает резких степеней, при которых может возникнуть морфинный делирий. Критика к своему заболеванию недостаточна. Больные прини-

мают морфин свыше 5—10 лет в количестве от 0,3 до 5,0—10,0 и более.

Разумеется, такое деление морфинизма на компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную формы носит условный характер. Поскольку одна форма без заметных границ переходит в другую, данная классификация оправдывается лишь желанием дать некоторые опорные пункты врачам-практикам в смысле постановки прогноза.

Компенсированная форма дает наибольшее число излечений. При субкомпенсированной форме морфинизма также можно добиться излечения в известном числе случаев. При декомпенсированном морфинизме прогноз менее благоприятен.

Физиологическое действие морфина. Введенный в небольших дозах (0,01), морфин притупляет ощущение боли, вследствие паралича центров коры головного мозга, воспринимающих болевую чувствительность, и, наряду с этим, вызывает эйфорию, субъективно приятное чувство покоя и довольства. Морфин возбуждает такое же приятное чувство, какое наблюдается в периоде возбуждения при алкогольном опьянении. Настроение изменяется, мрачный человек становится веселым, молчаливый — словоохотливым, робкий — смелым. Сознание собственного достоинства возрастает.

Все тяжелые переживания и гнетущее настроение сглаживаются. Интеллектуальные функции в эйфорическом периоде не только не подавляются, но даже, наоборот, возбуждаются. Двигательные функции подавляются вследствие угнетения двигательных зон коры головного мозга. У человека появляется потребность принять спокойное положение, не делать лишних движений. Подобное состояние и эйфория, в зависимости от индивидуальных качеств личности, ведут к иллюзорным ощущениям, самосозерцанию.

Морфинное опьянение вызывает приятные сновидения в виде быстро сменяющихся фантастических картин. Тело находится в состоянии приятного покоя, сладостной истомы. В этих наркотических свойствах и скрывается опасность злоупотребления морфином.

Уже одно сглаживание морфином болезненных ощущений, тягостного, подавленного самочувствия может привести к глубокому сну. Морфин влияет также на сосудодвигательный центр и центр блуждающих нервов. В эйфорическом периоде морфин вызывает расширение кожных сосудов лица и шеи. Сердечная деятельность несколько учащается. В дальнейшем кровь из расширенных кожных сосудов отливает в расширенные сосуды внутренних органов; кровяное давление падает вследствие понижения тонуса сосудодвигательного центра. Кожные покровы становятся бледными, слегка цианотичными, холодными наощупь. Центр блуждающих нервов тонизируется морфином.

Вскоре после некоторого учащения сердечной деятельности наблюдается постепенное ее замедление, сопровождаемое нередко аритмией. Зрачки при морфинном наркозе суживаются. Подобное сужение зрачков при конвульсиях и глубокой асфиксии может сменяться их расширением.

Клиническая картина. Под морфинизмом подразумевают сумму всех клинических явлений, вызываемых постоянным употреблением морфина, которые постепенно проходят с прекращением приема последнего.

Морфинисты в значительном числе случаев являются психопатами и быстро привыкают к морфину. Уже первые инъекции, сделанные случайно, из подражания, любопытства или по назначению врача, пробуждают у них влечение к искусственной эйфории, вызываемой с помощью этого наркотика. Такие больные еще с детства испытывают тоску, наступающую у них беспричинно, настроение у них неустойчивое. Если в таких случаях присоединяется еще психическая травма, больные быстро теряют равновесие вследствие своей чрезмерной чувствительности и ранимости. Некоторые авторы описывали морфинистов как мягких, слабовольных, истеричных, склонных к фантастике, псевдологии, упрямых, более чувствительных, чем те, которые склонны к алкоголю. Среди морфинистов встречаются также психически вполне полноценные люди.

Развивается морфинизм постепенно. Как уже говорилось, морфин обычно применяется вначале в качестве болеутоляющего средства при разного рода заболеваниях, сопровождающихся болезненными ощущениями.

Получаемый после введения морфина эффект—устранение физически и психически неприятных ощущений, появление приятного состояния, довольства, покоя—побуждает к повторному введению морфина, особенно в тех случаях, когда болезненные явления не прекращаются. Постепенно развивается привычка к морфину, переходящая в настоящую страсть. Решающую роль в развитии морфинизма играет самостоятельное вприскивание больными наркотиков. Больные запасаются шприцами, ампулками морфина и т. п. Иногда они получают морфин по подложным рецептам, или же достают его у других морфинистов. Имеются случаи, когда с целью достать морфин больные совершают ограбление аптек. Мы знали одного больного, который в те периоды жизни, когда он не мог приобрести морфин, симулировал желчнокаменную болезнь, падал в людных местах, «корчась от боли», доставлялся скорой помощью в больницу, где и получал от медицинского персонала потребный наркотик для «утоления болей».

Если не удастся достать морфин, морфинисты принимают все, что может вызвать состояние легкого наркоза: опийную настойку, доверовы порошки, белладонну, веронал, люминал, хлоралгидрат и т. п.

Инъекции морфинисты делают часто без всяких предосторожностей, не стерилизуя игл и шприца, иногда просто через одежду. Нам известен случай, когда морфинист С. впрыснул себе в уборной 5,0 морфина и умер на месте от воздушной эмболии. Больной в темноте, торопясь, не проверив шприца, ввел себе в вену вместе с раствором морфина воздух. Растворы морфина делают часто на глаз где-либо в уборной, беря для этого нестерильную воду. Вследствие этого в местах инъекции образуются плотные инфильтраты, абсцессы, иногда даже флегмоны, оставляющие рубцы. Кожа становится пигментированной. В таких случаях иногда достаточно простого осмотра, чтобы безошибочно поставить диагноз. При длительном потреблении морфина прежние дозы перестают действовать вследствие привыкания к наркотику и притупления к нему чувствительности мозга, а также повышенного сгорания морфина в организме. Поэтому больные вынуждены постепенно повышать принимаемые дозы.

Дозы морфина, принимаемые морфинистами, колеблются от нескольких сантиграммов до нескольких граммов в сутки. Описаны больные, дневная доза которых достигала 12,0 и даже 14,0 морфина.

Мы на материале, охватывающем 180 случаев, установили, что в 21 случае доза морфина составляла 0,1, в 43 случаях — 0,2—0,3, в 48 случаях — 0,3—0,5, в 42 случаях — 0,6—1,0, в 13 случаях — 1,0—2,0, в 10 случаях — 2,0—3,0.

Начало заболевания морфинизмом приходится в основном на период между 30—40 годами.

На своем материале мы получили следующие данные о начале морфинизма: до 10 лет морфинизм наблюдался в одном случае, в возрасте 10—20 лет — в 14, 20—25 лет — в 22, 26—30 лет — в 14, 30—35 лет — в 52, 35—40 лет — в 43, свыше 40 лет — в 34 случаях.

У морфинистов отмечается постоянное чередование подъема настроения после приема наркотиков и явлений угнетения, упадка сил при отсутствии морфина. Память ухудшается, больные становятся крайне лживыми, они рассказывают про себя всевозможные небылицы, стараются придать своей личности определенный «ореол». Поступая в лечебные учреждения, они клянутся в искренности намерения избавиться от своей мании, дают торжественные клятвы, что они «разбили шприц, вылили морфин, взорвали все мосты, соединяющие их с морфином». Однако тут же на приеме или в больнице у них обнаруживают изрядные запасы морфина в складках одежды, полых палках, папиросах, конфетах, переплетах книг. Многие пропитывают раствором морфина апельсины и другие фрукты, удаляют содержимое яиц, заполняя их концентрированным раствором морфина. Некоторые ухитряются прятать морфин в резиновых мешочках в rectum.

Характер больных меняется, они делаются крайне нервными, раздражительными. Настроение значительно колеблется: оно бывает хорошим после инъекции морфина, подавленным, ипохондричным по прекращении его действия. По ночам у больных нередко появляется страх, тревога.

Серейский считает, что наркотики нивелируют характер в сторону его шизоидизации, когда, наряду с раздражительностью, появляется замкнутость, апатия. Воля больных слабеет, однако при добывании наркотика они обнаруживают большое упорство.

Больные становятся вялыми, теряют инициативу, чувство собственного достоинства, манкируют своими обязанностями. Круг интересов суживается и ограничивается лишь добыванием наркотика. Больные крайне запускают себя, неделями не моются, месяцами не меняют белья, спят в грязной постели, перестают заботиться о семье. Работоспособность падает, физические силы истощаются. Нередко в период абстиненции появляется гнетущая тоска, суицидальные мысли и тенденции.

Шварц, проследивший судьбу морфинистов, указывает, что 25 % из них покончили жизнь самоубийством.

Соматические симптомы. У больных почти всегда нарушается сон. Больные часами лежат, не засыпая, занятые своими болезненными фантастическими переживаниями. Нередко при засыпании возникают гипнагогические галлюцинации. Днем больными иногда овладевает крайняя слабость, усталость и сон, преодолеть который они не могут, несмотря на то, что находятся на работе, и тут же на глазах у всех засыпают.

Со стороны чувствительной сферы отмечаются различные парестезии, боли, ощущение холода, жара. Часто бывает сердцебиение, пульс становится неправильным.

Кровяное давление у морфинистов понижается. Нередко наблюдаются астматические приступы, вазомоторные расстройства, половое влечение понижено, потенция также понижена или полностью угасла. Я наблюдал одного 45-летнего морфиниста, приученного к морфину матерью с 9 лет. У этого больного в течение всей жизни отсутствовало половое влечение и потенция, не было также и эрекций. Очевидно, морфин резко угнетает, даже парализует половую сферу.

Речь у морфинистов затруднена, походка неуверенная, шаткая. Нередко налицо симптом Ромберга. Отмечаются вегетативные расстройства в виде усиленного потоотделения, расстройства сердечной и дыхательной деятельности. Рефлекторная возбудимость понижена. Общий вид морфинистов крайне изменчив. Вскоре после приема морфина больные оживляются, глаза у них блестят, щеки краснеют, движения и речь возбужденные. Через несколько часов тот же больной становится вялым; тусклый взгляд устремлен в одну точку, зрачки узкие, моторика замедлена. Лицо блекнет, принимая циано-

тичный оттенок. Больные передвигаются с трудом, вид у них утомленный.

Питание больных нарушается, причём иногда отмечается крайнее истощение. В некоторых случаях питание не нарушается. С годами у тяжелых морфинистов развивается ма-разм. Тело покрывается абсцессами, инфильтратами, а также пигментацией в местах многочисленных инъекций. Кожа приобретает вялый, сероватый оттенок. Координация движений расстраивается и зачастую не устраняется даже с приемом морфина. Пищеварение нарушается. Язык обложен, аппетит понижен, иногда даже появляется отвращение к пище.

Абстинентный синдром. Морфинная абстиненция наблюдается как в период лишения больных морфина в лечебном учреждении, так и в промежутки между инъекциями морфина, когда действие впрыснутой дозы ослабевает или исчезает. Сущность в том, что каждая доза морфина действует лишь определенное время. По ослаблении или прекращении действия морфина, если не будет своевременно введена новая доза, наступают явления морфинного голодания, или абстиненции.

Морфинная абстиненция является решающим фактором в развитии морфинизма. Больные, у которых абстиненция ярко выражена, являются уже до известной степени рабами своей страсти. Морфин они принимают не для вызывания эйфории, которая в этом периоде выражена уже незначительно или даже отсутствует, а для того, чтобы подавить абстиненцию, быть работоспособными. Явления абстиненции возникают также при уменьшении доз морфина и, в зависимости от степени этого снижения, достигают различной интенсивности. Тяжесть абстиненции зависит от количества принимавшегося морфина, а также от длительности его применения. Однако встречаются случаи, когда, несмотря на длительное применение больших доз морфина, абстиненция протекает сравнительно нетяжело. У морфинистов, лечащихся повторно, абстиненция протекает мягче. При немедленном отнятии морфина абстиненция выражается более бурно, чем при постепенном его отнятии.

Со стороны соматической сферы при абстиненции появляются вегетативные расстройства, сердцебиение, потливость, гиперсекреция слизистых, зевота, чиханье, кашель. Пульс становится частым и слабым. Зрачки расширяются. Голос делается охрипшим, тембр его меняется. В период абстиненции обостряются уже имеющиеся заболевания. Если больной страдал астмой, приступы ее учащаются, становятся более тяжелыми; невралгия в этот период резко усиливается. В костях и мышцах появляются мозжащие, тянущие боли, иногда носящие характер щекотки, что крайне мучительно для больных.

Больными овладевает сильное беспокойство. Они находятся в постоянном движении, кричат, стонут, ворочаются в по-

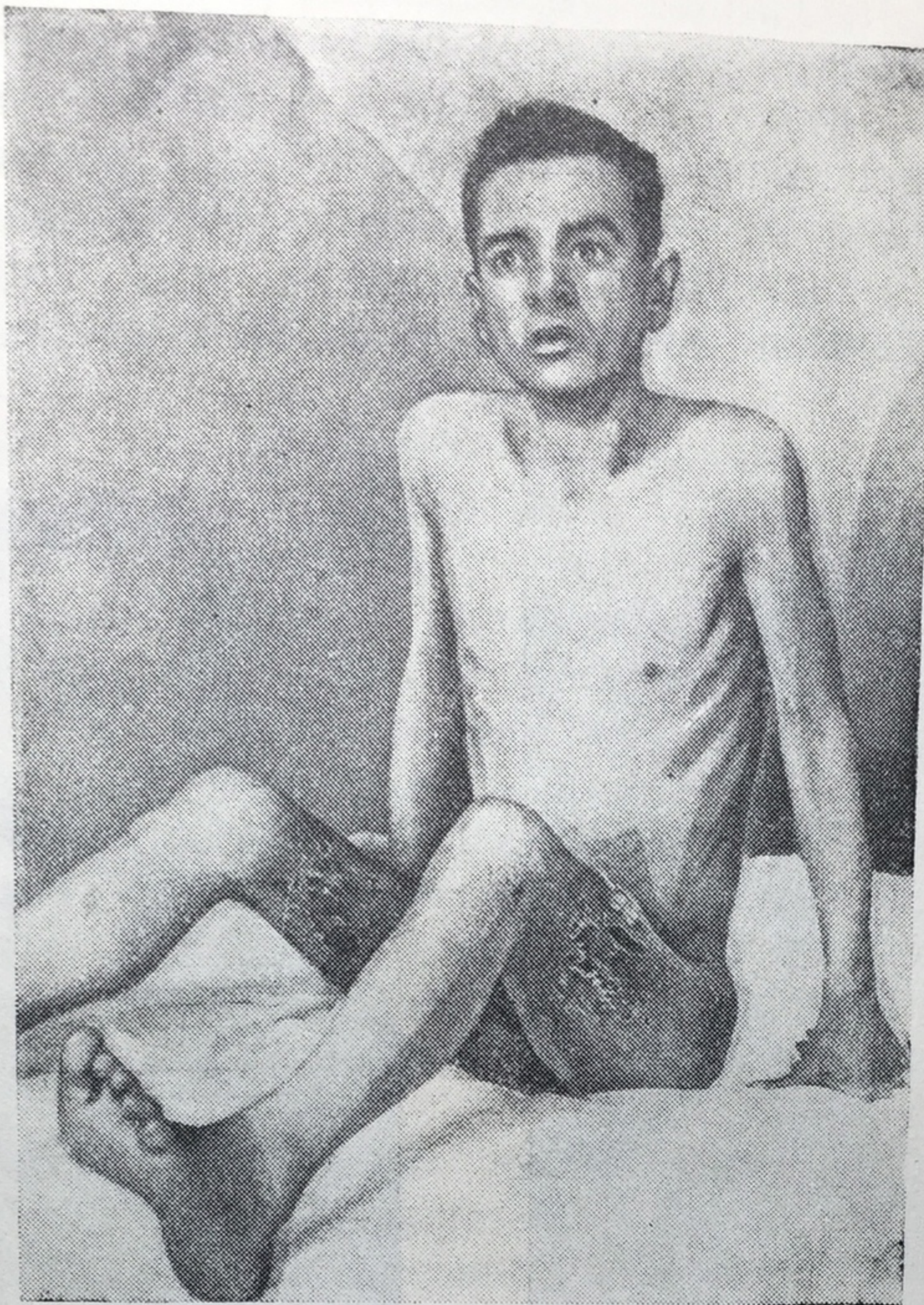


Рис. 18. Морфинная кахексия.

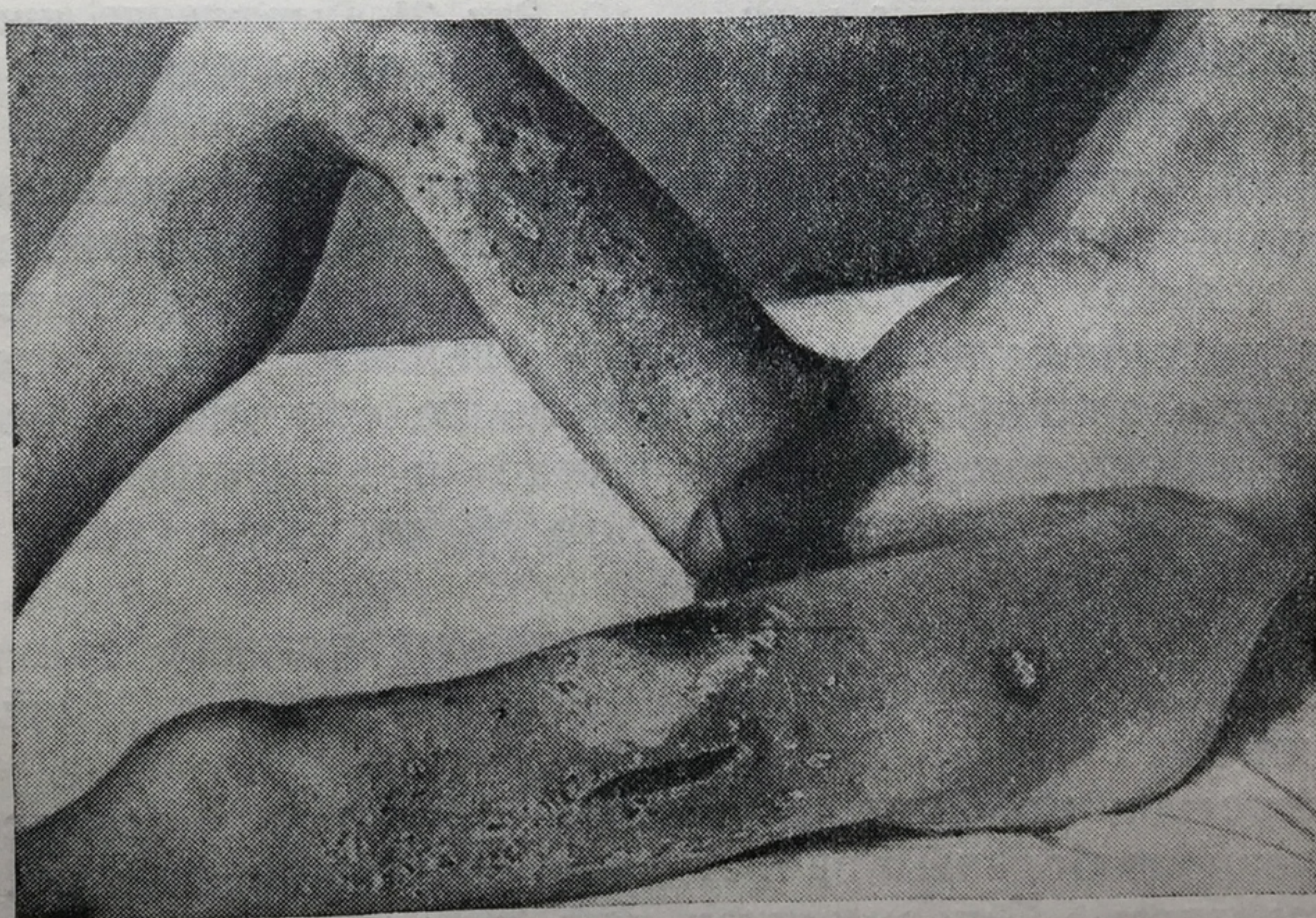


Рис. 19. Абсцессы, инфильтраты, пигментации и рубцы, развивавшиеся у морфиниста после подкожных впрыскиваний морфина.

стели, бегают по палате, упрашивают персонал дать им хоть что-нибудь из лекарств, врываются к сестрам, врачам, умоляя сделать «хоть один укол морфина». В различных частях тела появляются парестезии. Отмечается потеря аппетита, тошнота, рвота, урчание, боли в животе, поносы. У женщин возобновляется угасшая менструальная функция, что сопровождается болями и обильными кровотечениями. Походка становится не-



Рис. 20. Выражение лица больного при морфинной абстиненции.



Рис. 21. Выражение лица больного при морфинной абстиненции.

уверенной, атактической, руки дрожат. Вес больных падает. Некоторые авторы наблюдали в период абстиненции коллапс. Пульс становится частым, слабым, аритмичным. Тело покрывается холодным потом. Больные бледнеют сразу, притихают и внезапно впадают в бессознательное состояние. Мы в специальной больнице, где практикуется в основном быстрое или немедленное отнятие морфина, за 19 лет наблюдали коллапс лишь у 2 больных.

Почти у всех больных отмечается упорная бессонница, которая долго длится после исчезновения других абстинентных явлений.

Страсть к морфину и ко всем лекарствам возрастает. В этом периоде больным свойственна фармакофилия, т. е. страсть к лекарствам. Они умоляют дать им хотя бы опийную настойку, доверов порошок, белладонну, иноземцевы капли, бром, люминал, веронал, валериану и т. п. Они подговаривают других больных выпрашивать для себя лекарство с тем, чтобы

потом передать его им. Часто совершают даже «товарообмен», давая за снотворные различные продукты, папиросы, книги, обещая всякие блага и т. п.

Обман, подкуп, ложь, воровство — все пускается больными в ход с целью раздобыть наркотик или что-либо заменяющее его.

Они настоятельно требуют выписки из больницы: они, мол, раздумали лечиться, или у них много неотложных дел. Если их не выписывают, они объявляют «голодовку», всячески нарушают режим, нападают на персонал, бьют посуду, окна, становятся крайне агрессивными. Наряду с этим, появляется апатия, тоска, нередко страх, суицидальные тенденции.

Очень редко при тяжелом морфинизме наблюдается кратковременное делириозное состояние, отличающееся от алкогольного делирия более глубоким нарушением сознания и менее яркими галлюцинаторными переживаниями, отсутствием общего оживления, юмора алкоголиков и внушаемости. Возбуждение больных может достигать резкой степени, вследствие чего их приходится изолировать и применять такое лечение, как при белой горячке. Делирий обычно длится всего несколько часов, но иногда и больше.

Эрленмейер указывает, что при абстиненции могут возникнуть и другие психозы, то кратковременные, то затяжные — до нескольких месяцев. Описывали также синдром, подобный корсаковскому, на почве морфинизма. Лично нам ни разу не приходилось встречать это заболевание среди довольно большого числа стационаризовавшихся морфинистов.

Абстинентный синдром у морфинистов является следствием лишения организма привычного раздражителя. Марм объяснял этот синдром последствием отравления оксидиморфином, указывая, что у морфинистов морфин отчасти окисляется в оксидиморфин. Впрыскивая оксидиморфин собакам, он вызывал абстинентный синдром, который немедленно исчезал после введения морфина.

Марм считает, что оксидиморфин в организме морфинистов продолжает оказывать действие тогда, когда действие морфина ослабевает или прекращается. Таким образом, противоядием для оксидиморфина является будто бы морфин.

По мнению Гитцига, так называемый морфинный голод объясняется повышенным содержанием соляной кислоты в желудочном содержимом. Путем выкачивания содержимого желудка и промывания его карлсбадской солью Гитцигу будто бы удавалось устранять не только гастрические, но и другие симптомы абстиненции.

С этим автором нельзя согласиться. Морфинное отравление вызывает тяжелое нарушение обмена веществ. В организме морфинистов образуются продукты неправильного обмена, действие которых проявляется лишь с устранением наркотизи-

рующего влияния морфина, являющегося, повидимому, антитоксом этих продуктов.

Лишение морфина сказывается также на вегетативной нервной системе. При абстиненции нарушается равновесие между симпатической и парасимпатической нервной системой.

Обмен веществ. При морфинизме во многих случаях находят повышение числа эритроцитов при нормальном содержании гемоглобина или его понижении. Нередко отмечается лейкоцитоз.

В период абстиненции вначале наблюдается увеличение числа нейтрофилов при одновременном снижении числа эритроцитов и эозинофилов. Затем число эозинофилов нарастает, после чего развивается лимфоцитоз, а количество эозинофилов уменьшается.

Наступающую в период абстиненции эозинофилию Рештель считает выражением аллергического, анафилактического процесса в организме. РОЭ вначале понижена, в абстинентном же периоде она повышается.

Обратное развитие патологических процессов в крови у морфинистов происходит в течение 2—4 месяцев. Количество кальция в сыворотке крови уменьшается, в то время как содержание калия увеличивается. Кислород в крови снижается. Количество углекислоты повышено. Содержание хлоридов и каталазы понижается. Сахарный обмен нарушен. Содержание сахара в крови уменьшается, достигая низких количеств в абстинентном периоде. Шавров отмечает накопление в организме ацетоновых тел.

Течение и прогноз. Морфинизм может длиться десятки лет. Вначале морфинисты пытаются лечиться, причем зачастую после лечения бывает длительная или кратковременная ремиссия. Часть больных излечивается окончательно. Относительно эффективности лечения морфинистов взгляды расходятся. По данным Крепелина, число излечений при морфинизме не превышает 6—8%. Шредер указывает на неблагоприятный прогноз при морфинизме. По Левенштейну, рецидивы встречаются более чем в 65%.

Буркхот считал, что прогноз при морфинизме крайне неблагоприятен и число рецидивов достигает 97%. Шварц, основываясь на данных клиники «Charité» с 1917 по 1924 г., полагает, что можно излечить свыше 42% морфинистов.

Кан подчеркивает, что излечение морфинистов до сих пор было редкостью. Данзауэр и Рит, обследовавшие 646 морфинистов, из которых 250 совсем не лечились, у 28,6% установили ремиссию свыше года. На нашем материале в 180 морфинистов, лечившихся в психиатрических больницах, ремиссия свыше года наблюдалась в 19%; в 18% рецидив наступил через 3 месяца, а в остальных случаях — сразу или вскоре после выписки из больницы.

Успех лечения зависит от срока пребывания больных в лечебных учреждениях. По нашему глубокому убеждению, плохие результаты лечения морфинистов, как и алкоголиков, зависят от недостаточного срока лечения. Чем дольше длится лечение, тем больше шансов на выздоровление больного. Минимальным сроком лечения надо считать 6 месяцев.

Однако по исчезновении явлений абстиненции больные считают себя выздоровевшими, и их не удается удержать в лечебных учреждениях. Между тем у морфинистов уже вскоре после выписки из больницы, иногда даже в ее стенах, т. е. через 2 недели, 1—3—6 месяцев и до года после отнятия морфина, может появиться своеобразный синдром, напоминающий абстиненцию. Клинически он проявляется в резкой слабости, беспричинной раздражительности, тоске, бессоннице, тревоге, парестезиях, зябкости, похолодании конечностей, болезненных ощущениях в различных органах, наконец в страстном влечении к морфину. Сон расстраивается. Физическая слабость часто бывает настолько сильно выражена, что больные становятся неработоспособными. В связи с ассоциациями, напоминающими картину морфинного наркоза (знакомая обстановка, запахи, пение, музыка и т. п.), больные вспоминают морфинную эйфорию. В такие периоды у больных может наступить рецидив.

В качестве иллюстрации приведем краткую выдержку из истории болезни.

Больной Г., 42 лет. Отец алкоголик. Один брат — самоубийца, другой умер от алкоголизма, третий — алкоголик.

Больной развивался нормально. Учился блестяще. По характеру нервный, вспыльчивый, раздражительный, склонный к значительным колебаниям настроения. Телосложение диспластическое. Со стороны соматической сферы отклонений от нормы не отмечалось. Морфин начал принимать с 37 лет, будто бы из-за желания поднять дух. Кроме морфина, принимал кокаин, опий, гашиш, пантопон. Средняя суточная доза морфина не превышала 0,3—0,4. Морфин снимал усталость, разгонял тоску, создавал рабочее настроение. Поступил в больницу 30/I 1932 г. Морфин был отнят немедленно. Абстиненция длилась 5—6 дней. Постепенно больная окреп, влечение к морфину исчезло. Был выписан 26/II 1932 г. по собственному желанию, ввиду срочных дел. Через 2 дня после выписки появилось резкое влечение к морфину. Возникла физическая слабость, апатия, бессонница, потеря работоспособности; одновременно наблюдалась гиперестезия. Данный синдром длился около суток и после короткого сна исчез.

Впоследствии аналогичное состояние появлялось через 1—3—4—5 месяцев и длилось от нескольких часов до 12 суток. На шестом месяце после выписки наступил рецидив. В дальнейшем больной погиб от сепсиса, так как он делал себе инъекции нестерильными иглами.

Этот синдром мы называем псевдоабстиненцией. Псевдоабстиненция является грозным испытанием для каждого наркомана.

Псевдоабстинентный синдром бывает выражен в различных степенях: от легкой — рудиментарной — до тяжелой сте-

пени, напоминающей настоящую абстиненцию. Многие наблюдательные больные называют это состояние «психической абстиненцией».

Учитывая, что псевдоабстинентный синдром проявляется почти в течение года, мы считаем целесообразным на этот срок подвергать больных стационарному лечению. Результат лечения тогда, повидимому, будет во много раз лучше, чем тот, который дает кратковременное лечение в течение 1—1½ месяцев.

Очень серьезным моментом в жизни каждого морфиниста является его выписка из больницы. Ощущение бесконтрольности, возврат в старую обстановку, с которой связаны воспоминания о морфине, отсутствие веры в собственные силы, трудности в работе, к тому же пессимизм окружающих, не верящих в возможность излечения, порождают большое число рецидивов вскоре же после выписки больных в тех случаях, когда они не окрепли физически и психически, когда не произошло разрыва ассоциаций, связанных с морфином, и к тому же еще возникает псевдоабстинентный синдром.

Длительное лечение дает лучшие результаты, чем кратковременное. У тяжелых психопатов и больных, злоупотреблявших морфином в течение десятков лет, лечение менее эффективно, чем у лиц без психопатического отягощения и принимавших морфин сравнительно недолго.

При длительном систематическом лечении в большинстве случаев можно добиться излечения или ремиссии. Пессимизм, существующий в этом вопросе, не имеет под собой серьезной почвы.

Лечение. При лечении морфинизма минимальное время отводится деморфинизации. Все же остальное время уделяется восстановлению здоровья больных и углубленной психотерапии. При выборе метода деморфинизации необходимо считаться с физическим состоянием больного. У физически крепких больных рекомендуется морфин отнимать сразу. Истощенных больных, а также лиц с тяжелым поражением сердечной мышцы, во избежание коллапса следует лишать морфина постепенно, в течение 4—5 дней. Существуют четыре способа отнятия морфина: постепенное отвыкание, внезапное лишение, быстрое лишение, лишение морфина в амитал-натриевом сне.

Постепенное отвыкание. Вводимая в организм доза морфина постепенно уменьшается. Степень уменьшения соотносится с явлениями абстиненции. Чем сильнее выражена абстиненция, тем меньше убавляется количество морфина и дольше длится деморфинизация. Этот метод лечения может проводиться в любой обстановке: на дому, в больнице и т. п. Многие больные иногда самостоятельно снижают до известной степени количество принимаемого морфина. Большим не-

достатком данного метода является длительность его применения. При этом способе абстиненция протекает мягче, но зато должно быть затрачено на восстановление сил больного, не рационально используется на постепенное отвыкание. Этот метод применяется редко — лишь у больных, крайне истощенных тяжелыми заболеваниями.

Внезапное лишение. Этот способ применим лишь в условиях лечебного учреждения. Больного лишают морфина немедленно по поступлении в больницу. Абстинентный синдром достигает значительной силы, но длится он недолго — 3—4 дня, после чего постепенно наступает полное успокоение больных. Этот метод имеет больше всего сторонников вследствие того, что абстиненция купируется в кратчайший срок, и уже через 3—4 дня можно приступить к лечению морфинизма. Недостатком метода внезапного лишения морфина является возможность развития у тяжелых соматических больных коллапса, а также делирия. Этот метод без всякого вреда для здоровья можно с успехом применять у физически здоровых морфинистов.

Быстрое отнятие морфина. Этот способ более безвредный, чем предыдущий. Больного лишают морфина не сразу, но быстро, что исключает возможность неприятных осложнений, наблюдающихся при внезапном отнятии морфина. Деморфинизация длится от 3 до 10 дней и зависит от дозы, срока применения морфина, а также соматического состояния больных.

Больных, принимавших 0,3—0,5 морфина, лишают его в течение 3—4 дней, принимавших же 1,0—3,0 — в течение 8—10 дней. Абстинентный синдром бывает иногда довольно сильно выражен, но не так резко, как при внезапном отнятии морфина.

При поступлении больного необходимо сразу составить расписание деморфинизации в течение срока, устанавливаемого согласно соответствующим показаниям, указывая дозировку и часы инъекций. Не следует допускать никаких отклонений от этого расписания, ибо в период деморфинизации больные становятся крайне назойливыми, изводят врачей, прося сделать им раньше инъекцию или утверждая, что, мол, им «забыли ее сделать». Дневную дозу морфина следует разделить на 3—4 дозы с таким расчетом, чтобы последняя доза вводилась перед сном, в 10—11 часов вечера.

Привычную дозу нужно с первого же дня уменьшить в два раза. При этом следует учитывать, что больные склонны преувеличивать принимаемые ими дозы морфина, а потому мы в своей практике давали $\frac{1}{5}$ называемой больным дозы, т. е. в среднем не более 0,1 морфина, постепенно снижая дозу на $\frac{1}{4}$ в день. Лечение должно проводиться в условиях, исключая-

щих снабжение больных морфином, вследствие чего за ними устанавливается строжайший надзор.

Метод лечения морфинизма в амитал-натриевом сне. Мы с успехом применяем способ отнятия морфина в амитал-натриевом сне. Больным дается амитал-натрий. Абстиненции при этом больные не замечают. Назначение других средств излишне.

Мы применяем этот метод лишь у тяжелых морфинистов, у которых протекает крайне бурно абстиненция и которые на 3—4-й день после поступления в больницу требуют немедленной выписки или совершают побеги.

В сутки больному обычно дают не больше 4,0 амитал-натрия. Вначале дается пробная доза в количестве 0,2, а затем больным назначается по 0,2—0,4 амитал-натрия каждые 3 часа. Необходимо, чтобы больной спал не менее 14—16 часов в сутки. Прием пищи приурочивают к пробуждению больного. Деморфинизацию в амитал-натриевом сне проводят под постоянным врачебным контролем в течение 8—10 дней, а затем снижают дозы амитал-натрия с таким расчетом, чтобы к концу 15-го дня больной амитал-натрия больше не принимал. А. И. Воздвиженская, применявшая лечение по разработанному нами методу, успешно провела денаркотизацию у наиболее тяжелых наркоманов, которые нигде в психиатрических больницах не удерживались и выписывались или совершали побег сразу по появлении абстиненции. Ни в одном случае не наблюдалось каких-либо осложнений. Лишь у отдельных больных на 5—6-й день амитал-натриевого сна отмечались делириозные картины по пробуждении, исчезающие при засыпании.

Для лечения морфинной абстиненции, возникающей в период деморфинизации, предложено значительное количество средств, краткий обзор которых мы приводим ниже.

В свое время предлагались так называемые заменяющие средства, которые оказывают физиологическое действие, аналогичное морфину. Для борьбы с абстиненцией предлагали алкоголь, дионин, кокаин, героин, бруцин, гельветин, гиосцин, люминал, веронал, а также многочисленные патентованные средства, содержащие морфин или его дериваты. Однако применение этих средств зиждется на глубоком заблуждении и является серьезной врачебной ошибкой, представляющей большую опасность, ибо больные, отвыкнув от морфина, начинают питать страсть к «заменителю» и становятся кокаинистами, героинистами, алкоголиками, кодеинистами и т. п. Комбинируя эти яды, они причиняют еще больший ущерб своему здоровью, а затем вновь переходят к приему морфина.

Согласно исследованиям Гитцига, в период наркотизации у морфинистов отсутствует соляная кислота, что объясняется наркотизирующим влиянием морфина на секреторные железы желудка, выделяющие соляную кислоту. Вследствие отсут-

ствия соляной кислоты, нервы желудка, якобы, отвыкают от ее влияния и становятся крайне чувствительными к ней. По прекращении приема морфина наблюдается, наоборот, гиперсекреция соляной кислоты, которая настолько возбуждает и раздражает нервы желудка, что они дают соответствующую реакцию в виде абстинентного синдрома. Исходя из этих соображений, Гитциг предлагает во время деморфинизации регулярно промывать желудок после пробного завтрака, чтобы удалить из него морфин, который, согласно данным Альта, на 50% выделяется желудком; во время повышения кислотности он предлагает промывать желудок раствором карлсбадской соли для нейтрализации соляной кислоты, чтобы уменьшить ее возбуждающее действие на нервы желудка. Выкачивание содержимого желудка проводилось по утрам после пробного завтрака. Желудок промывали карлсбадской солью в течение двух последних дней впрыскивания морфина и на протяжении 4 дней после прекращения его введения. При этом способе лечения будто бы не только исчезали гастрические явления, но и почти отсутствовала абстиненция.

В первые дни лечения, когда снижаются дозы морфина, Гитциг рекомендует назначать больным соляную кислоту.

Эрленмейер видоизменил метод Гитцига и назначал для нейтрализации чрезмерно-кислого содержимого желудка крепкие щелочные воды (фахингенскую воду) по 1 л и больше в течение дня (по 1 стакану несколько раз в день). В начале лечения больным давалась соляная кислота. При этом способе, испробованном на 14 больных, отмечалось отсутствие не только гастрических симптомов, но и облегчение течения абстинентного синдрома. Не вполне устранялись лишь вазомоторные явления и бессонница. Зрачки оставались суженными, но период абстиненции был более коротким, чем обычно.

Закель и др. с успехом лечили абстинентный синдром инсулином, указывая, что он устраняет абстиненцию, благодаря выравниванию равновесия вегетативной системы. Параллельно с инсулином больным назначался виноградный сахар. Инсулин вводился по 10—20 МЕ ежедневно в течение 8—10 дней; одновременно больным давали сахар или глюкозу. В случаях гипогликемического шока глюкоза вводилась внутривенно.

М. Я. Серейский указывает, что явления абстиненции смягчаются при внутривенном введении 20—40 МЕ инсулина.

Гиршляф предложил антиморфинную сыворотку, однако она не оправдала возлагавшихся на нее надежд.

Мы отмечаем благотворное влияние на абстинентный синдром внутривенного вливания 10% раствора хлористого кальция (по 5—10 см³) совместно с 40% глюкозой (по 10 см³) утром и вечером в течение 6—8 дней. Одновременно больным давались сердечные — кофеин или адонилен.

Необходимо иметь в виду, что морфинисты питают страсти к кофеину, поэтому последний надо давать лишь при наличии соответствующих показаний. Весьма полезно в этот же период проводить кислородные вдувания (по 350—500 см³), а также давать в обильном количестве щелочные воды: эссен-туки № 4 или боржом. В тяжелых случаях иногда неплохое действие оказывает подкожное введение физиологического раствора (по 500—700 см³).

В период морфинной абстиненции широко применяются различные симптоматические средства. При коллаптоидном состоянии или коллапсе, что бывает лишь в исключительных случаях, необходимо, не теряя ни минуты, немедленно впрыснуть морфин в дозе 0,01—0,025, повторив ее через 30—40 минут при отсутствии улучшения. Если больной находится в состоянии тяжелого коллапса, наряду с морфином, уместно применять адреналин, эфир, искусственное дыхание, а также средства, сильно раздражающие кожу.

Наиболее трудно поддается лечению бессонница. В таких случаях обычно назначается хлоралгидрат, паральдегид, веронал, сульфонал и т. п., а также большие дозы брома. Нужно иметь в виду, что морфинисты привыкают к различным снотворным средствам, а потому последние, если в них имеется крайняя потребность, следует менять.

При стойкой бессоннице мы применяем длительные теплые ванны перед сном, так как все снотворные в обычных дозах на морфинистов не действуют.

После купирования абстиненции приступают к общеукрепляющему лечению. Как тонизирующее средство с успехом можно применять гравидан по 2—3 см³ через день в течение месяца, спермоль со стрихнином, мышьяк, железо, глицерофосфаты, перветин, фенамин.

Лекарственные средства следует назначать не дольше одного месяца. Необходимо постепенно отучать больных от лекарств, используя к концу лечения лишь физиотерапию, трудотерапию, лечебное питание и т. п.

Из физических методов лечения благотворное влияние на больных оказывают хвойные ванны температуры 36°, тепловатые души. В качестве общеукрепляющего средства можно применять общее облучение кварцем. При головных болях и неврастеническом синдроме показано статическое электричество, местная и общая д'арсонвализация. После того, как пройдет период абстиненции и больные несколько окрепнут, полезно проводить трудотерапию на свежем воздухе по 3—4 часа в день.

Серьезное внимание следует уделять питанию больных. В первые дни пища должна быть легкой, удобоваримой и не раздражающей; слизистые супы, пюре из овощей, куриное мясо, молоко, кисель, крепкий черный кофе, сахар, сладкие

блюда (крем). В период выздоровления рекомендуется пища, богатая углеводами и витаминами. Пищевой рацион должен включать не меньше 4 000 калорий; из них не менее 1 200 калорий должно отводиться углеводом. Больным полезно давать овощные и фруктовые соки (томатный, морковный, сливовый, вишневый, апельсиновый), а также сок шиповника или витамин С в концентрированном виде.

Огромную роль в лечении морфинизма играет психотерапия. Здесь применимы те же методы психотерапии, что и при алкоголизме (гипноз, внушение, рациональная психотерапия и т. п.). Параллельно с лечением морфинизма необходимо лечить заболевания, приведшие больных к морфинизму, чтобы исключить необходимость приема морфина в дальнейшем.

Больных нужно предостерегать от применения после выписки даже терапевтических доз наркотиков.

Нам приходилось наблюдать много случаев, когда у морфинистов наступал рецидив по вине врачей, которые, не учитывая особенностей заболевания больных, назначали им даже при пустяковых желудочно-кишечных расстройствах или соматических заболеваниях, сопровождавшихся болями, опиум или морфин.

После приема нескольких, а часто даже одной терапевтической дозы у больных вновь проявлялось неудержимое влечение к морфину и наступал рецидив. Нужно помнить, что готовность к рецидиву у морфинистов сохраняется в течение всей их жизни и что провоцирующим фактором, вызывающим рецидив, является первая же инъекция морфина. Поэтому необходимо, чтобы врачи при выписке больных из лечебного учреждения разъясняли им, что применение каких бы то ни было наркотиков для них категорически противопоказано.

После выписки больной первое время должен оставаться на попечении семьи. Ни в коем случае не следует оставлять его одного. Больные должны порвать всякие связи со своими друзьями-морфинистами.

Больным нужно рекомендовать сразу же после лечения включиться в трудовую жизнь.

После выписки из лечебного учреждения больные должны не менее 2 лет находиться под наблюдением врачей-специалистов диспансера.

Большую пользу при дальнейшем амбулаторном лечении может принести гидротерапия, электротерапия, а также психотерапия. Фармакологических средств при амбулаторном лечении надо избегать. В случаях возникновения псевдоабстинентного синдрома он купируется теплыми ваннами, вливаниями хлористого кальция или гипнозом.

Глава XIII

ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ ОПИЕМ

Острое отравление опиумом, вследствие медленного его всасывания, развивается постепенно. Появляется резкая слабость, головокружение, шум в ушах, тошнота и даже рвота. Нередко отмечаются кожные явления — сильный зуд, разного рода сыпи. Лицо становится багрово-красным. Наконец, наступает сильная сонливость или глубокий сон. Зрачки делаются узкими, величиной с булавочную головку, не реагируют на свет. Дыхание крайне замедляется, до трех-четырех дыхательных движений в минуту, становится поверхностным. Иногда оно носит чейн-стоксовский характер. Пульс малый, еле прощупывается. Лицо становится бледным, с цианотичным оттенком. Временами состояние больных как будто улучшается, но затем наступает резкое ухудшение, которое может закончиться смертью. Смерть при остром отравлении опиумом наступает от паралича дыхания.

Лечение. В основном опиум выделяется желудком, поэтому следует проводить многократное промывание последнего раствором животного угля — *Carbo animalis* (1 столовую ложку животного угля растворяют в 100 см³ 10—30% раствора сульфата магнезии), чтобы адсорбировать опиум животным углем и возможно скорее удалить его из организма. Одновременно вводят подкожно атропин 1 : 1 000 по 1 см³, лобелин в виде 1% раствора по 1 см³. В тяжелых случаях отравления применяется медленное введение лобелина внутривенно. Назначаются также сердечные средства (кардиазол, камфора, кофеин, дигален), трелки, средства, раздражающие кожу, растирания, холодные обливания водой, нашатырный спирт и т. п. Внутрь дают таннин (по 0,1—0,3 повторно до 2,0 в день), который вступает с алкалоидами в трудно растворимые соединения.

Юников и Бернштейн и др. рекомендуют внутривенные вливания 2—3% *Kalii hypermanganici* по 1,0—3,0, а также промывание желудка и клизм из марганцовокислого калия 1 : 2 000.

Хроническое отравление опиумом

Курение опия. Вскоре после нескольких затяжек опиумом наступает эйфория. Опиоманы в этот период погружаются в мир грез и причудливых переживаний. Общее состояние их оживляется, они испытывают безграничное довольство. Через некоторое время (30—40 минут) после приема опия эйфорическая фаза сменяется сонливостью, дремотой. Опиоманы в этом состоянии испытывают приятную истому. Мысли превращаются в яркие образы, которые быстро сменяются один другим. Курильщиком опия овладевает лень, нежелание двигаться, все тело постепенно тяжелеет. Руки беспомощно свисают, веки смыкаются, фантастические образы быстро сменяются, как в калейдоскопе, причем сознание не утрачивается. Восприятие нарушается. Внешние раздражители, как разговор окружающих, тиканье часов, стук и т. п., хотя и воспринимаются, но кажется, что их слышит кто-то другой. Постепенно появляется чувство невесомости. Затем внешние раздражения и впечатления уже не воспринимаются, внешний мир исчезает, остается лишь мир внутренний, мир грез и полного покоя.

При пробуждении отмечается резкая бледность лица, веки наполовину опущены, зрачки узкие, рефлексы понижены.

У начинающих опиоманов после курения первых трубок опия появляется сильная головная боль, головокружение, тошнота, боль в желудке, рвота и даже обморочные припадки.

Привыкание к опию происходит в течение нескольких недель или даже месяцев.

Со временем опиоманы вынуждены повышать количество опия вследствие привыкания, аналогичного привыканию к морфину. Эйфория опиомана со временем бледнеет. Опиоманы в дальнейшем принимают опий уже не для вызывания эйфории, а с целью подавить абстиненцию, которая бурно развивается при лишении их привычного возбудителя.

Постепенно больные деградируют, опускаются. Круг их интересов суживается. Все помыслы и желания концентрируются вокруг опия и средств на его приобретение. Память больных тупеет. Появляется неустойчивость эмоциональной сферы. Характер больных изменяется, они становятся более замкнутыми, нелюдимыми. Их перестает интересовать семья, служба. Они не следят за собой, ходят небрежно одетые, грязные, физическое состояние больных нарушается, резко падает питание. Потенция гаснет. У женщин прекращаются менструации. Отмечается резкое исхудание, гастрические и сердечные расстройства, боли в мышцах. Опиоман в конце концов медленно погибает. Иногда смерть наступает совершенно неожиданно как следствие тяжелой интоксикации.

Абстинентный синдром почти аналогичен таковому при морфинизме. У больных, лишенных опия, возникает резкая физическая слабость, двигательное беспокойство, тянущие неопределенные боли, чувство страха, раздражительность, явления со стороны желудочно-кишечного тракта (запоры или поносы, нередко кровавые), рвота, невралгические боли, одышка, бессонница и т. п.

По характеру применения опия различают курильщиков и опиофагов. Курят опий из особых трубок, причем многие выкуривают в день свыше 100 трубок опия.

Опиофаги принимают опий через рот, проглатывая его в виде комков или шариков.

Описаны случаи, когда больные принимали по 250,0 опия и даже больше, т. е. количество, которое превышает максимальную дозу, допускаемую фармакопеей, в 750 раз.

Лечение. Лечение опиоманов ничем не отличается от лечения морфинистов. Обычно опий отнимают у больных немедленно. Постепенное отнятие опия допускается лишь у ослабленных, истощенных больных. При тяжелых явлениях абстиненции сразу же нужно назначать сердечные. Как и при морфинизме, необходимо делать промывания желудка раствором карлсбадской соли; внутрь назначают крепкие щелочные воды. Значительную пользу может принести инсулинотерапия. Инсулин дают по 20 МЕ в сутки. Одновременно с инъекциями инсулина рекомендуется вводить внутривенно по 20 см³ 30% глюкозы.

Хорошо действует также вливание 10% раствора хлористого кальция, вводимого повторно по 5—10 см³.

При двигательном беспокойстве хорошо действуют тепловатые ванны. В качестве снотворных пользуются люминалом, гексеналом и др. В тяжелых случаях можно лишить больных опия в амитал-натриевом сне, аналогично тому, как при морфинизме.

Иногда бывает очень трудно бороться с кровавыми или профузными поносами, развивающимися у больных в период абстиненции. В таких случаях может принести некоторую пользу соответствующая диета, клизмы из таннальбина с добавлением нескольких капель опийной настойки, диатермия живота. Если никакие средства не помогают и возможна смерть больного от истощения и интоксикации, вследствие сильнейшего поноса, приходится опять возвращаться к даче опия и отнимать таковой постепенно в течение 7—10 дней. После купирования абстинентного синдрома у больных может еще часто появляться на фоне полного здоровья псевдоабстинентный синдром, аналогичный таковому у морфинистов, который длится от нескольких часов до суток.

Купировав абстинентный синдром, приступают к систематическому лечению, имеющему целью поднять общее питание

больных, восстановить здоровье, нарушить ассоциативные связи, обусловленные опиумом, и побороть влечение к нему. Это удастся путем длительной изоляции в условиях закрытого лечебного учреждения на срок не менее 2—3 месяцев.

Кратковременное пребывание больных в больнице обычно не дает эффекта даже в тех случаях, когда больные перенесли абстиненцию и сравнительно неплохо себя чувствуют. Рецидив наступает во время одного из ближайших приступов псевдоабстиненции вследствие того, что больные еще не успели побороть влечение к опиуму.

По выходе из лечебного учреждения больные должны твердо придерживаться правил не применять ни в коем случае опия или его производных, даже в случае потребности (боли, желудочно-кишечные заболевания и т. п.). Следует также указать на необходимость полного исключения из их обихода снотворных и алкоголя, так как некоторые больные, прекращая прием опия, становятся алкоголиками, эфироманами и т. п.

Глава XIV

ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ КОКАИНОМ

При отравлении кокаином наблюдается расширение зрачков, побледнение лица, сильная слабость, головокружение, понижение кровяного давления, одышка, судороги, тахикардия, неправильный, частый пульс, обморочное состояние, зависящее от сужения и спазма сосудов мозга. В части случаев наступает психомоторное возбуждение с расстройством сознания. У лиц, чувствительных к кокаину, а также при приеме его токсических доз обморок достигает глубокой степени. Отмечается резкое расстройство кровообращения и дыхательной функции. Наступает смерть от паралича дыхания, а в части случаев и от паралича сердца.

Иногда перед смертью бывает резкое двигательное возбуждение, обильные зрительные и тактильные галлюцинации. Одновременно отмечается ярко выраженный бред, сменяющийся сумеречным состоянием. Наряду с этим, наблюдаются резко выраженные клонические и тонические судороги. Если больные выживают, они жалуются на головную боль, головокружения, сильную слабость.

Лечение. При обмороках благотворное действие оказывает вдыхание амилнитрита (по 6—10 капель), расширяющего сосуды. При наличии судорог успешно применяется вдыхание эфира и хлороформа. Внутрь дают коньяк.

Хорошие результаты получаются при внутривенном вливании 10% хлористого кальция или 20% глюконата кальция. При явлениях сердечной слабости рекомендуется подкожное введение кофеина, камфоры, кардиазола, а также подкожные инъекции спирта, оказывающего рефлекторное действие на сердце и дыхательный центр. Наряду с этим, известную пользу может принести обливание груди и головы холодной водой, впрыскивание и вдыхание нашатырного спирта, растирание тела и т. п. При упадке сердечной деятельности показано вдыхание кислорода, искусственное дыхание, вдыхание смеси кислорода с добавлением 6—10% углекислоты, являющейся естественным возбудителем дыхательного центра.

Хроническое отравление кокаином (кокаинизм)

После приема первых доз кокаина вначале появляется легкое головокружение, незначительная боль в голове, сменяющиеся вскоре повышением интеллектуальной деятельности и приятным самочувствием. В этом периоде ощущается необыкновенное воодушевление, повышается работоспособность. Речь оживляется. Больные беспрестанно болтают. Характерным симптомом кокаинизма является полиграфия. Больные бесконечно пишут письма, заявления с бесконечными рассуждениями и повторениями. Как и в начальных стадиях, при хроническом кокаинизме облегчается течение ассоциаций. У большинства больных наблюдается повышенная активность, стремление к деятельности. Они бегают с места на место, иногда убегают из дому. Подобное возбуждение длится часа два, сменяясь упадком сил, апатией, подавленным состоянием. Некоторые больные испытывают чувство невесомости. Им кажется, что тело их делается необычайно легким, что они летают по воздуху. Появляются иллюзии и галлюцинации, преимущественно зрительного и слухового характера, нередко сопровождаемые страхом.

К кокаину привыкают довольно быстро. Вскоре после приема первых доз появляется абстинентный синдром — сильная слабость, головные боли, неприятные ощущения в различных частях тела. Настроение подавленное. Нередко больные ощущают тоску.

Нервное возбуждение при обострившейся чувствительности, иногда даже обморочное состояние заставляют больных прибегать к повторным приемам кокаина. Постепенно дозу кокаина приходится во много раз увеличивать, так как привычная доза уже не дает нужного эффекта — эйфории. В течение нескольких месяцев больные доходят до 5,0—10,0 кокаина, который они вводят подкожно или внутривенно; иногда больные нюхают кокаин.

При длительном употреблении кокаина наблюдаются более тяжелые психические изменения. Эмоциональная сфера больных становится крайне неустойчивой. Круг интересов суживается. Больные запускают свои личные и служебные дела. Работа их тяготит. Память постепенно падает. Эмоциональная отзывчивость отсутствует, они безразлично относятся к чужим страданиям, становятся черствыми, эгоистичными. Все их интересы сосредоточены на кокаине.

Кокаиноманы делаются мнительными, подозрительными, вспыльчивыми до гнева, мелочными, крайне раздражительными. Они становятся небрежными, неряшливыми, неделями не моются, не меняют белья.

Наряду с психическими изменениями, отмечается ряд физических явлений: зрачки расширяются, глаза приобретают свое-

образный блеск, появляется сухость во рту, шум в ушах, сердцебиение.

Общее питание больных падает. Они выглядят гораздо старше своих лет. Кожа бледна, мышцы дряблы, выражение лица вялое. Походка неуверенная. Обращает на себя внимание крайняя слабость больных. Аппетит неравномерный: временами наступает анорексия, сменяющаяся булимией. Диурез повышен. Нередко появляется сердцебиение, во время которого пульс значительно ускоряется. Кровяное давление лабильно, причем нередко отмечается его падение. Иногда наблюдается головокружение и полубморочное состояние. Для кокаиномании весьма характерны различные парестезии: больным кажется, что под кожей ползают черви, жучки, находятся кристаллы кокаина, микробы, вши, клопы (симптом Маньяна).

На приведенном ниже снимке изображен больной-кокаиноман, сделавший себе резекцию ногтевого ложа на пальцах обеих рук вследствие того, что он ощущал под ногтями крайне раздражавшее его ползание жучков.

У лиц, вводящих кокаин подкожно или внутривенно, отмечаются многочисленные абсцессы, инфильтраты, рубцы, пигментация и т. п., как при морфинизме. После заживления абсцессов появляется темная пигментация. В тех случаях, когда больные нюхают кокаин, часто наблюдается прободение носовой перегородки. Абсцессы иногда протекают очень тяжело, долго не заживают. Иногда развивается сепсис, заканчивающийся летальным исходом.

Сон всегда нарушен, часто отмечается бессонница, вследствие чего больные вынуждены прибегать к другим наркотикам. Потенция падает, вплоть до полной импотенции, несмотря на то, что вначале половое влечение значительно повышается. У женщин половое влечение в начале заболевания значительно усиливается, в связи с чем часто отмечаются половые извращения. Со стороны нервной системы отмечается расширение зрачков, вялая реакция на свет.

Сухость в горле заставляет больных поглощать много жидкостей. Питание с течением времени все больше нарушается и, наконец, наступает полный маразм. Смерть нередко наступает от паралича дыхания или коллапса.

Немало кокаинистов кончает жизнь самоубийством.

Прогноз при кокаинизме не всегда благоприятный. Однако процент выздоровлений все же выше, чем при морфинизме.

На почве кокаинизма возникает своеобразная картина кокаинного психоза, или кокаинного делирия, имеющего значительное сходство с алкогольным делирием. После незначительных продромальных явлений, выражающихся в повышенной подозрительности, беспокойстве, сильной раздражительности, внезапно появляются галлюцинации зрительные, слуховые, тактильные и т. п.

Больной слышит угрозы, брань, разговор в виде диалогов, комментирующих все его поступки и самые сокровенные тайны его прошлой жизни. Ему представляется масса мелких подвижных образов (микropsия) в виде крыс, червей, жуков, змей и т. п.

Весьма характерны осязательные галлюцинации. Больным кажется, что их кожу пронзают иголками, под кожей находятся кристаллы кокаина, черви, жучки, зерна, клопы, вши. Они испытывают сильный зуд в коже.

Наряду с обманами чувств, появляется бред преследования. Больным кажется, что их окружают, за ними следят, при помощи особых приборов читают их мысли, действуют на них электричеством, гипнозом. Им строят разные козни, обвиняют в преступлениях, квартира их окружена. Нередко такие больные приходят в отделение милиции и просят защиты, «сдаются». Но бывает, что они совершают агрессивные поступки, нападая на воображаемых противников, или, потеряв надежду на «спасение», кончают жизнь самоубийством.

Иногда у кокаинистов развивается бред ревности, подкрепляемый соответствующими галлюцинациями, говорящими о непристойном поведении жены. Им кажется, что жена многозначительно переглядывается с другими мужчинами, делает им намеки, получает от них любовные письма, что она в связи со многими мужчинами, внезапно покраснела, смутилась при виде внезапно вошедшего мужа и т. п. Подобный бред может привести к агрессивным действиям как против жены, так и против ее мнимых любовников. Несмотря на наличие обильных галлюцинаций, ориентировка у больных сохраняется, хотя окружающая их обстановка во время кокаинного психоза кажется им несколько изменившейся. Сознание больных не нарушается, несмотря на то, что временами может наступать кратковременное его затемнение. Больные могут подробно рассказать о своих переживаниях, однако критика в отношении своей болезни теряется. Нарушается также связность ассоциаций. Больные отвергают всякое подозрение насчет их психической болезни и, наоборот, сами иногда пытаются доказать ненормальность того или другого лица из окружающих.

Нередко больные пытаются скрыть свое состояние, неохотно отвечая на вопросы. Настроение их неустойчивое — то злобно-раздражительное, то подавленное, подозрительное.

На высоте развития кокаинового психоза больные становятся суетливыми, беспокойными. Наряду с этим, отмечается речевое и моторное возбуждение.

Кокаинный психоз непродолжителен. Делириозные явления после лишения больных кокаина исчезают за несколько дней. Бредовые идеи претерпевают обратное развитие в течение нескольких недель и даже месяцев.

У кокаинистов может также встречаться синдром, подобный корсаковскому, с характерным расстройством запоминания, повышенной раздражительностью, суебливостью и нарушением координации, аналогичным таковому при опьянении. Сон расстраивается. Потенция угасает. Отмечается общая слабость. После отнятия у больных кокаина описанные расстройства, а также расстройство запоминания, подвергаются в довольно короткие сроки обратному развитию.

Лечение. Учитывая, что абстинентный синдром при лишении больных кокаина выражен незначительно, рекомендуется отнимать кокаин сразу, не допуская никакого уменьшения дозы или замены кокаина другими наркотиками и т. п. Лишь у ослабленных кокаинистов в состоянии маразма возможно постепенное отнятие кокаина — в течение 2—3 дней.

Лечение кокаинистов должно проводиться в специальных лечебных учреждениях. Режим должен быть таким же, как и при лечении морфинистов. Нужно учесть, что больные всякими путями пытаются обмануть бдительность медицинского персонала или вступить с кем-либо в контакт с целью доставки им наркотика.

Зачастую больные пытаются пронести в больницу запасы кокаина под видом зубного порошка, в полых палках, в крышках чемоданов, складках одежды, в яйцах, содержимое которых удалено и заполнено концентрированным раствором кокаина, в конфетах, папиросах, булках и т. п. Поэтому при приеме больных в лечебное учреждение следует их тщательно проверять.

Отнимая у больного кокаин, нужно одновременно в профилактических целях назначать сердечные — кофеин, адонизин, смесь ландышевых и валериановых капель и т. п. При появлении у больных обморочных состояний показано немедленное подкожное введение камфоры, кофеина.

Благотворно влияет внутривенное вливание хлористого кальция, глюкозы, значительно смягчающих абстиненцию. В первые дни абстиненции рекомендуются теплые ванны температуры 36°, назначаемые обычно на ночь. При упорной бессоннице применяется амитал-натрий (по 0,3—0,5), люминал, веронал и др.

Снотворные необходимо менять, учитывая возможность привыкания к ним. Больше 5—6 дней их давать не следует. Наряду с изложенным, можно с первых же дней назначить общетонизирующее лечение: инъекции стрихнина и спермоля, препараты железа, глицерофосфаты. Благотворно влияет на больных подкожное вдувание кислорода по 500—800 см³. Курс состоит из 15—20 вдуваний. Из фототерапевтических методов показано общее облучение кварцем.

Большое внимание следует уделять также питанию больных. Пища должна быть разнообразной, удобоваримой, богатой

витаминами и углеводами. После купирования абстинентного синдрома показана трудотерапия на свежем воздухе, дозируемая в зависимости от состояния больного.

Решающая роль в лечении кокаинизма, как и других наркоманий, принадлежит психотерапии, гипнотерапии и т. п. Срок лечения больных от 3 до 9 месяцев. Чем длительнее лечение, тем больше шансов на выздоровление. Кокаиноманов следует предостерегать от употребления других наркотиков, в частности, алкоголя и морфина, ибо они могут быстро к ним привыкнуть. Больным категорически воспрещаются всякие «эксперименты» над собой в отношении кокаина. Многие, выходя из лечебного учреждения, желают убедиться, как на них повлияет кокаин после лечения. Такой «эксперимент» обычно заканчивается рецидивом.

Иногда больные, отвыкнув в процессе лечения от кокаина и по выходе из больницы начав принимать прежние большие дозы этого наркотика, погибают от острого отравления.

Глава XV

ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ ГАШИШЕМ

В действии гашиша, как и других наркотиков, различают две фазы: стадию возбуждения и стадию угнетения. Вскоре после приема гашиша появляется незначительное головокружение, по телу разливается приятная теплота, ощущается прилив сил, особая легкость, интеллектуальное возбуждение, возникают яркие иллюзии, все окружающее принимает яркую окраску.

Эмоциональная сфера оживляется. В начале опьянения испытывается безотчетное состояние довольства. Опьяневший находится в постоянном движении, суется, потягивается всеми членами. Ему хочется петь, плясать, поднимать огромные тяжести. Мысли бегут, как у маниака, все быстрее и быстрее, рождаясь и исчезая вне всякой ассоциативной связи между ними. Значительно выражено речевое возбуждение. Больной говорит с аффектацией, доходя до исступления, и удивляется, что другие не разделяют его настроения, возмущается, что окружающие очень медленно думают, двигаются и т. п. Однако все его усилия, направленные на то, чтобы передать свои мысли, тщетны. Фантазия не знает никаких пределов. Все переживания, все эмоции гипертрофируются. Гашишисты тут же переходят от слез к безудержному смеху. Самолюбие взвинчивается до крайних пределов. Чувство времени и пространства извращается. Опьяненным гашишем минута кажется годами, часы — веками. Весьма заняты иллюзии зрения. Идущему по лестнице кажется, что она простирается до облаков. Самый ничтожный шум воспринимается, как бурный плеск волн, грохот водопадов. Память во время опьянения остается ненарушенной, что существенно отличает это опьянение от алкогольного.

Анциферов следующим образом описывает процесс восприятия внешних раздражений у гашишистов: «Восприятие внешних раздражений становится особенно ярким: появляются иллюзорные и галлюцинаторные восприятия; воспринятый внешний образ начинает менять свои очертания, краски, он становится то причудливо смешным, то нелепо страшным.

Человеческие лица иногда воспринимаются, как маски, сменяющиеся часто с необычайной быстротой».

Однако это состояние длится недолго и постепенно вытесняется чувством страха, чуждости испытываемых переживаний и нередко ощущением чуждости собственного тела. Способность объединять восприятия в одно целое нарушается. Возникает характерное ощущение нереальной действительности. Лица людей кажутся неподвижными, как у мертвецов. Сложные восприятия карикатурно искажаются. Наплыв мыслей сменяется общей растерянностью, сопровождающейся страхом сойти с ума. Мышление теряет способность следовать логической последовательности, единой направленности.

Эмоциональная сфера становится крайне неустойчивой. У части лиц появляется значительное половое возбуждение. Для опьянения гашишем характерны колебания сознания. Опьяневший то как будто протрезвляется, то снова глубоко погружается в иллюзорные переживания. У части больных могут появляться также нестойкие бредовые идеи преследования. Постепенно состояние опьянения нарастает. Ощущается сильное сердцебиение, тоска, беспокойство, головная боль. Тело холодеет, покрывается потом. Дыхание затрудняется, наступает сильная слабость. Координация движений нарушается. Наконец, опьяневшие погружаются в глубокий тяжелый сон.

Хроническое отравление гашишем

Хронический гашишизм развивается медленно. Психические изменения нарастают постепенно, с колебаниями, быстро подвергаясь обратному развитию после прекращения употребления гашишем. Выносливость к гашишу утрачивается. Больные пьянеют от самых небольших доз. Психические изменения особенно выражены в эмоциональной сфере. Понижается интерес к окружающему и к себе, появляется сильная раздражительность, резкая импульсивность. Больные небрежны, движения их замедлены. Трудоспособность понижена.

Психозы при хроническом отравлении гашишем, по мнению Стрелюхина, протекают по типу делирия со спутанностью, а некоторые — по типу органического заболевания, напоминающего прогрессивный паралич. Критика у больных снижена, память резко нарушается. Иногда встречается даже явное слабоумие. Наряду с этим, могут наблюдаться шизофреноподобные симптомы, бред преследования, идеи отношения, слуховые галлюцинации. Зрачки сужены, реакция на свет вялая, сухожильные рефлексy изменены, дизартрия.

Кожа приобретает желтый оттенок, что турецкие авторы считают специфическим признаком гашишизма.

Лечение. Лишать больных гашиша следует немедленно. Абстиненция при хроническом гашишизме незначительна и

выражается в расстройстве сна, пугливости, повышенной нервности, неприятных ощущениях в сердце, потливости и т. п. Для купирования абстиненции назначаются снотворные — бромурал, люминал и т. п. Сразу же следует приступить к общеукрепляющему лечению. Больным назначают подкожные вдувания кислорода до 350—400 см³ через день в течение 1—2 месяцев. Внутрь дают фенамин, первитин, спермоль, стрихнин, препараты железа, глицерофосфаты, мышьяк, препараты брома, валериановые капли и т. п. Из физиотерапевтических процедур применяются хвойные ванны, гальванический воротник, общее облучение кварцем. Истощенным больным показано усиленное питание. Пища должна быть богатой витаминами.

Основную роль в лечении гашишизма отводят психотерапии (гипноз, психотерапия рациональная и т. п.). В легких случаях лечение проводят амбулаторно, более тяжелых больных надо стационаризовать.

Глава XVI

ЭФИРОМАНИЯ

Эфиромания — редкое заболевание, встречающееся главным образом у лиц, близко соприкасающихся с эфиром. Применяется эфир внутрь или в виде ингаляций. Большей частью эфиромания развивается у алкоголиков. В некоторых случаях алкоголизм чередуется с эфироманией, а иногда встречается и в сочетании с ней.

Эфироманы вдыхают от 30 до 500 см³ чистого эфира в сутки. Обычно за один прием они вдыхают 3—5 см³ эфира, после чего наступает состояние эйфории. Основным в эфирной эйфории является быстрое чередование радужных картин своеобразного веселья. После 5—8 ингаляций эфирной эйфории уже не наступает, а появляется состояние опьянения, похожее на алкогольное, но отличающееся от него тем, что больные не испытывают желания двигаться, петь, веселиться, а, наоборот, стремятся к полному покою и одиночеству.

При вдыхании 15—20 см³ эфира наступает усталость, сонливость и поверхностный сон, сопровождающийся грезами. Через 3—4 часа эфирное опьянение проходит. Больные, проснувшись, вновь вдыхают эфир, вызывая повторную эйфорию, и т. д.

Эфирное опьянение может быть всегда прервано путем прекращения ингаляций эфира.

В течение 1—2 суток после прекращения ингаляций эфира от эфироманов ощущается запах эфира.

При применении эфира внутрь опьянение наступает постепенно, но может быть прервано с такой же быстротой, как и при ингаляции.

Одним из характерных симптомов эфирного опьянения является грезоподобное состояние. Реальный мир исчезает, больные погружаются в мир грез и видений. С течением времени эфироманы теряют трудоспособность, аппетит исчезает, питание падает, половое влечение отсутствует. Отмечается лабильность эмоциональной сферы, повышенная нервность, раздражительность, понижение памяти, страх, подозрительность, пугливость, расстройство сна.

Иногда появляется бред, напоминающий таковой у алкоголиков, а также бредовые идеи ревности.

По прекращении приема эфира появляется легкая абстиненция, выражающаяся в угнетенном состоянии, болезненном влечении к эфиру, расстройстве сна, чрезмерной усталости. Эта абстиненция кратковременна и проходит через 5—6 дней после прекращения вдыханий эфира.

Деградация эфироманов происходит по типу алкогольной, но она выражена значительно слабее.

Диагностика эфиромании не представляет затруднений: запах эфира при дыхании, воспаленные красные глаза, постоянный насморк, бронхит, апатия позволяют распознать заболевание.

Лечение. Эфироманов, как и алкоголиков, следует лишать эфира сразу.

Абстинентный синдром ликвидируется в течение нескольких дней. Он купируется снотворными (хлоралгидрат, люминал, паральдегид). Снотворные не следует давать больше 2—3 дней во избежание привыкания к ним. Катарральные явления со стороны слизистых оболочек часто проходят без всякого лечения. Очевидно, здесь играет роль устранение этиологического фактора.

Эфироманов лечат в основном так же, как алкоголиков. Следует предостерегать эфироманов от алкоголизма, опасность развития которого у них существует.

Глава XVII

ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ БАРБИТУРОВОЙ КИСЛОТЫ

(веронал, люминал, амитал-натрий, мединал, ноктал, эвипан, фанодорм и др.)

Острое отравление вероналом, мединалом, люминалом, нембуталом, амитал-натрием, эвипаном, фанодормом и другими производными барбитуровой кислоты дает одну и ту же клиническую картину. Отравление препаратами барбитуровой кислоты чаще всего наблюдается у алкоголиков и других наркоманов. Эти средства более доступны населению вследствие того, что они применяются от бессонницы. Принятые в непомерно больших дозах, они могут дать картину острого отравления. Смертельная доза препаратов барбитуровой кислоты колеблется от 5,0 до 20,0, в зависимости от индивидуальной чувствительности к этим средствам. Вскоре после приема больших токсических доз препаратов барбитуровой кислоты наступает оглушение или более глубокое нарушение сознания, беспокойство, делириозное, аментивное или маниакальное состояние, которое заканчивается сном, переходящим в глубокое коматозное состояние. Зрачки резко суживаются и не реагируют на свет, сухожильные рефлексы ослабевают или исчезают, возникает атаксия, походка становится неверной. Кровяное давление падает. Появляются кожные сыпи и отеки, крапивница, цианоз. Больной испытывает крайнюю слабость. Дыхание носит характер чейн-стоксова. Отмечаются явления токсической нефропатии, гематопорфиринаemia, гематопорфиринария и т. д. Больные погибают от паралича дыхательного центра. В более легких случаях отравления препаратами барбитуровой кислоты кома сменяется длительным сном, и больные медленно пробуждаются.

Почти во всех случаях отравления отмечается гипертермия, температура иногда достигает 39°. После острого отравления нередко отмечается горизонтальный и вертикальный нистагм, появляющийся спонтанно или при движении глаз, а также параличи наружных мышц глаз.

Лечение. При остром отравлении барбитуратами необходимо немедленно обезвредить еще не всосавшийся яд посредством удаления его из желудочно-кишечного тракта адсорбцией, окислением, осаждением и по возможности нейтрализацией. Если яд уже всосался, следует принять все меры для лечения токсикоза и поддерживать сердечную деятельность больного, чтобы его организм мог сопротивляться интоксикации. Очень важно также предупредить осложнения.

Больному возможно раньше делают промывание желудка, соблюдая известную предосторожность, ибо в тех случаях, когда отсутствует глоточный рефлекс, можно ошибочно ввести зонд в дыхательное горло, что приводит к весьма печальным последствиям—асфиксии, аспирационной пневмонии и др.

Желудок обычно промывают раствором марганцовокислого калия 1 : 2 500 или 0,25 % раствором животного угля (*Carbo animalis*). Около 70 % барбитуратов выделяются с мочой, а некоторое количество с калом. Поэтому, чтобы ускорить выделение барбитуратов из организма, удаляют при помощи катетера мочу и делают промывание кишечника.

Внутривенно вводят 0,25—0,5 % раствор бикарбоната натрия в количестве 0,5—1 л. Стрихнин, по праву считается одним из активнейших средств, действующих противоположно барбитуратам. Терапевтическую дозу стрихнина определяют, исходя из состояния больного в данный момент (1—3 см³ 0,1 % *Sol. Strichnininitrici*).

Ввиду необходимости быстрого воздействия, стрихнин следует вводить внутривенно.

При появлении стрихнинной интоксикации (гиперестезия, судороги, ригидность мышц) дозы стрихнина уменьшают до 0,001 на одну инъекцию. В случаях повышенной чувствительности организма к стрихнину применяют внутривенные вливания 100 см³ 15—30 % алкоголя каждые 2 часа, не превышая 150 см³ общего количества чистого алкоголя.

Не являясь сторонниками применения чрезвычайно больших доз стрихнина, которые сами по себе могут дать дополнительную картину стрихнинной интоксикации, мы рекомендуем применять стрихнин при коме, вызванной барбитуратами, внутривенно по 0,001—0,003 каждые 3—4 часа. При повышенной чувствительности организма к стрихнину рекомендуется отменять его немедленно.

Проф. И. Г. Равкин с успехом применял внутривенно стрихнин по 0,001—0,002, вводя в течение 12 часов 0,012.

Довольно благоприятные результаты при коме, вызванной барбитуратами, дает коразол, который обычно вводится в виде 10—20 % раствора по 1—2 см³.

Райфенштейн и др. усиленно рекомендуют лечить острое отравление барбитуратами пикротоксином. Больным в состоя-

нии комы они вводили по 0,006 пикротоксина через различные промежутки времени с таким расчетом, чтобы больной за 12 часов получил 0,06 пикротоксина. Через 2—3 минуты после каждой инъекции наблюдалось временное ослабление комы и повышение чувствительности, а затем кома возобновлялась; в дальнейшем больной выходил из состояния комы и сознание его прояснялось. Пикротоксин вводился внутривенно под контролем врача; при появлении подергивания губ пикротоксин начинали вводить через большие промежутки времени.

Своего опыта по применению пикротоксина мы не имеем. В современной иностранной литературе о нем имеются прекрасные отзывы.

Для поддержания общего состояния организма проводится симптоматическое лечение; вводят подкожно камфору, кофеин, кладут грелки к ногам, делают капельную клизму из глюкозы (после очистительной клизмы). В случаях резкого падения кровяного давления вводят адреналин. При расстройстве дыхания назначают лобелин. Иногда применяют кровопускание, выпуская 300—400 г крови. Если кома продолжается долго и состояние больного ухудшается, можно сделать переливание крови в количестве 100—150 см³. Под кожу вводят кислород (300—400 см³), внутривенно — глюкозу. Применяется также вдыхание кислорода с углекислотой, искусственное дыхание, согревание всего тела и т. п.

Следует помнить, что здесь дана лишь схема лечения острого отравления барбитуратами, и что лечение каждого больного должно строго индивидуализироваться.

Хроническое отравление препаратами барбитуровой кислоты

Хроническое отравление препаратами барбитуровой кислоты (вероналом, люминалом и др.) обычно сочетается с другими наркоманиями и редко бывает самостоятельным заболеванием. Часто алкоголики прибегают к вероналу и люминалу как к средству, вызывающему опьянение. Часть морфиноманов в период ремиссии, борясь с бессонницей, которая может у них появляться во время псевдоабстиненции, прибегает к вероналу, люминалу и другим барбитуратам и постепенно привыкает к ним.

Выраженные невротики, больные с вяло текущими формами психических заболеваний при наличии стойкой бессонницы также длительно злоупотребляют барбитуратами.

Симптоматика отравления препаратами барбитуровой кислоты напоминает симптоматику тяжелых органических поражений центральной нервной системы.

Мимика при хроническом отравлении препаратами барбитуровой кислоты становится вялой, выражение лица апатич-

ным. Взгляд бессмысленный, неподвижный. Зрачки узкие, на свет реагируют вяло, или совсем не реагируют.

Речь монотонная, невнятная, неясная, скандированная. Говорят больные медленно, долго подбирают слова, часто употребляя их невольно, неловко поправляясь. Почерк изменяется и немного напоминает почерк больных при белой горячке. Руки дрожат, походка неуверенная, напоминает атактическую. Моторика заторможенная. Иногда наблюдается расстройство глотания. Со стороны психики отмечается апатия, расстройство внимания. Больные кажутся крайне утомленными, лица у них изможденные, бледные; они испытывают постоянную сонливость. Круг интересов суживается. Мышление становится поверхностным. Больные делаются крайне лживыми, аморальными и тупыми, замкнутыми, раздражительными. Контакт с такими больными затруднен. Память больных значительно снижается. В некоторых случаях при хроническом отравлении препаратами барбитуровой кислоты наблюдаются настоящие психозы с бредом преследования, дезориентировкой, галлюцинациями зрения и слуха.

Делирий, вызванный барбитуратами, отличается от алкогольного отсутствием характерного дрожания и бреда профессиональных занятий.

Лечение таких больных можно проводить лишь в больничных учреждениях. Выраженной абстиненции при лишении веронала не наблюдалось, а потому рекомендуется лишать больных этого наркотика немедленно.

При лишении люминала, веронала и других производных барбитуровой кислоты, особенно в тяжелых случаях, может наступить бредовое состояние, бессонница.

В случаях бессонницы в течение нескольких дней можно ограничиться большими дозами брома с тем, чтобы в дальнейшем приучать больных обходиться без всяких лекарств. Большую пользу приносят длительные ванны, назначаемые перед сном. Больным применяется лечение стрихнином, вдывание кислорода, фенамин, первитин, глицерофосфаты, препараты лимонника, витамины В₁, С, РР и др.

Решающая роль отводится психотерапии. Наряду с этим, надо лечить и основную болезнь или сопутствующую наркоманию.

Глава XVIII

ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ ТАБАКОМ

Острое отравление табаком наблюдается после выкуривания без привычки большого количества табака или после умышленного отравления его настойкой. Симптоматика отравления табаком обусловлена его основным действующим началом — никотином.

Клиническая картина отравления табаком выражается в тошноте, рвоте, головокружении, сильной головной боли. У больных наступает сильное беспокойство, нарушается координация движений. Появляется общая слабость, слюнотечение, резкое побледнение лица, чувство сжатия и теплоты в желудке, пищеводе, гортани, позывы на мочеиспускание и дефекацию. При тяжелых отравлениях рвота многократно повторяется, возникает шум в ушах, упорная головная боль; зрачки суживаются, тело покрывается холодным потом. Отмечается оглушенность; затемнение сознания, судороги, припадки. Наконец, больные впадают в обморочное состояние. Смерть наступает от паралича дыхательного центра при явлениях потери сознания, аритмии, резкого понижения чувствительности; зрачки расширены или неравномерны. Иногда при отравлении табаком наблюдается сравнительно хорошее самочувствие, но дыхание чрезвычайно замедлено.

Лечение. При отравлении табаком регус делают промывание желудка, дают таннин. Антидотом табака считают атропин, назначаемый в виде 0,1% раствора подкожно по 1 см³.

Инъекции атропина можно в случае необходимости делать повторно. Наряду с этим вводят камфору, кофеин, кардиазол. Применяется искусственное дыхание.

Хроническое отравление табаком

При хроническом отравлении табаком наблюдается поражение всего организма. Чаще всего поражаются пищеварительные органы, органы кровообращения, дыхания и нервная система. Нарушение деятельности пищеварительного тракта у привычных курильщиков выражается в понижении аппе-

гита, диспептических явлениях, запорах, сменяющихся поносами, эпигастральных болях. Иногда у курильщиков табака наблюдаются боли, напоминающие боли при язве желудка. Ряд исследователей указывает на курение табака как на один из этиологических факторов круглой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Органы кровообращения также претерпевают ряд патологических сдвигов. Особенно часто встречаются ангиноподобные боли, появляющиеся обычно по ночам и достигающие иногда большой силы, давая повод к смешению их с грудной жабой. Объективно у больных отмечаются при этом экстрасистолы, респираторная аритмия или длительная брадикардия. Во многих случаях аорта бывает уплотненной, расширенной. Кровяное давление, особенно у молодых лиц, повышено на 10—50 мм ртутного столба, причем повышение это значительно колеблется. В свое время много говорилось о «табачном склерозе», «табачном сердце». У большинства курильщиков таких тяжелых сдвигов не отмечается и обнаруживаются лишь функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы. Вначале появляется учащение сердечной деятельности, которое может переходить в привычную тахикардию. Наряду с этим, отмечаются неприятные ощущения в области сердца. Николай и Штегелин проводили измерение пульса ежедневно в течение года по несколько раз в день при различных ситуациях; на протяжении одного полугодия больные курили, в течение второго — табака не употребляли. Эти авторы установили, что в первое полугодие пульс был в среднем на 7—8 ударов в минуту чаще, чем во второе.

Павинский, проводивший исследование в 2 000 случаев грудной жабы, установил, что основной причиной ее развития в 42% является курение табака.

Наблюдаются также различные нервные явления, интенсивность которых зависит от индивидуальных качеств, а также от степени табачной интоксикации. Наряду с неврастеническим синдромом, могут наблюдаться различные невралгии, периодическая потливость.

Иногда возникают явления, напоминающие спинную сухотку: приступообразные невралгические боли, ослабление зрения, сужение зрачков, двигательная атаксия, нередко отсутствие пателлярных рефлексов, рвота и т. п. Иногда встречается амблиопия, начинающаяся с быстрого утомления зрения при чтении, мелькания и ощущения давления в глазах.

Описаны случаи, когда у лиц, сильно злоупотреблявших табаком, развивались судорожные припадки.

Явления со стороны сердечно-сосудистой системы нередко сопровождаются нарушением дыхания, вплоть до бронхиальной астмы. Наряду с этим, отмечается раздражение слизистых оболочек: ларингиты, фарингиты, бронхиты, конъюнктивиты и др. Курение табака снижает сопротивляемость инфекциям

и способствует при наличии других неблагоприятных факторов развитию туберкулеза.

В литературе указываются случаи ослабления половой функции у курильщиков табака. Отрицательное влияние табака на половую функцию связывается с угнетающим влиянием никотина на спинной мозг, а следовательно, и на расположенный в нем эрекционный центр.

Более серьезные изменения отмечаются в половой сфере женщин. У женщин при длительном отравлении табаком, вследствие его способности вызывать спазм гладкой мускулатуры, часто наблюдаются выкидыши, нарушение менструальной функции и т. п.

При лишении больных табака появляется абстиненция, отчасти напоминающая морфинную и другие виды абстиненции.

Никотинная абстиненция. В первые дни никотинной абстиненции отмечается некоторое повышение утомляемости, сильное влечение к табаку. У части больных отмечается апатия, депрессия, тоска, беспричинные слезы, сильная раздражительность, нервность и т. п. Одним из важнейших психических симптомов при никотинной абстиненции Раппопорт считает вялость, рассеянность, расстройство внимания, сосредоточения и т. п. Сон становится поверхностным, тревожным. Иногда может появляться повышенная сонливость или полная бессонница. Наблюдается также двигательное возбуждение. Больные все время находятся в движении, ходят по комнате из угла в угол, сильно жестикулируют, беспрестанно жуют, независимо от аппетита. Появляется головокружение, шум в ушах, иногда головная боль. Раппопорт связывает эти явления с изменением кровенаполнения мозга. Наряду с этим, появляется физическая слабость, разбитость, вялость, которая, возможно, зависит от снижения тонуса сердечной деятельности. Отмечаются сердцебиение, боли в сердце, аритмия. Абстинентные явления будут нам понятны, если мы вспомним опыты Березина на изолированном сердце, который установил, что «при повторном длительном пропуске никотина сердце настолько привыкает к нему, что без него работает хуже, а при нем вновь устанавливает свою прежнюю деятельность».

Почти у всех курильщиков после лишения табака повышается аппетит. У меньшинства из них отмечаются боли в области желудка, поносы, сухость во рту, усиленная саливация и т. п. Изредка наблюдается повышенная потливость, раздражение дыхательных путей и т. п.

Интенсивность абстинентных явлений у курильщиков табака различна. В части случаев абстиненции не отмечается вовсе. Более тяжелая абстиненция, по Раппопорту, наблюдается при истерии, эпилепсии и при лабильности вегетативной нервной системы.

В возрасте от 18 до 25 лет абстиненция протекает более бурно. Раппопорт и Лахман объясняют никотинную абстиненцию падением тонуса парасимпатической нервной системы вследствие того, что действие табака на организм человека сводится в основном к хроническому повышению этого тонуса. Лишение привычного возбудителя ведет к падению тонуса. Учитывая изложенное, Раппопорт предложил лечить никотинную абстиненцию назначением в первые дни пилокарпина для восстановления нарушенного вегетативного равновесия.

Лечение. Лечение курильщиков является самой трудной задачей в области наркологии, тем не менее во многих случаях можно добиться успеха. Курение необходимо прекратить немедленно, не допуская уменьшения количества выкуриваемых папирос, курения «без затяжки» и т. п. Исключение возможно, как и при других наркоманиях, у истощенных больных и больных с тяжелыми сердечными расстройствами. Постепенное уменьшение количества выкуриваемых папирос, а также переход на «гигиенические мундштуки», «обезникотиненный» табак и т. п. не дают никакого результата, так как все равно сохраняется привычка курить. Хотя вначале курят меньше, но тенденция к снижению количества выкуриваемых папирос держится недолго, и больной вскоре вновь возвращается к своим прежним «нормам» или даже превышает их. Употребление «обезникотиненного» табака не имеет смысла, так как никотин, хотя и в меньшем количестве, но продолжает поступать в организм.

Развивающуюся по прекращении курения абстиненцию Раппопорт рекомендует лечить пилокарпином в небольших дозах, поднимающим тонус парасимпатической нервной системы. Пилокарпин представляет собой алкалоид, родственный по действию никотину, и при отнятии последнего может сыграть компенсирующую роль. Наряду с пилокарпином, в зависимости от выраженности абстинентных явлений, показаны успокаивающие, снотворные, болеутоляющие, сердечные и т. п. Пилокарпин назначается в следующей прописи:

Rp. Pilocarpini hydrochlorici 0,05
Aq. destill. 200,0
MDS. По столовой ложке 3—4 раза в день

При астенической реакции, когда после прекращения курения наступает вялость, сонливость, к этой микстуре добавляют кофеин, а при возбуждении, расстройствах сна и т. п. — бром и кодеин.

Иногда применяется смазывание слизистой рта и глотки средствами, оказывающими прижигающее или вяжущее действие. Для этой цели пользуются 0,5—1% раствором азотно-кислого серебра, полуторахлористым железом, 5% раствором протаргола и т. п. После смазывания слизистой рта этими

средствами курильщик «не ощущает вкуса от папирос» или испытывает неприятные ощущения, вплоть до тошноты, в течение 1—2 часов. Влечение к табаку при этом все же сохраняется. Можно с успехом сочетать прием внутрь пилокарпина (подавляющего до известной меры влечение к табаку и смягчающего абстиненцию) с упомянутыми вяжущими средствами. Подобное лечение нужно проводить в течение 7—10 дней, т. е. до исчезновения абстиненции.

Огромную роль при лечении курильщиков играет психотерапия. Во многих случаях большую пользу может принести и систематически проводимая гипнотерапия.

Курильщики должны помнить, что по окончании лечения им совершенно нельзя курить, ибо после выкуривания первой же папиросы наступает рецидив. Влечение к табаку, уже до известной степени подавленное, вспыхивает с прежней силой и курильщик вновь начинает курить.

Следует указать курильщику, что, прекращая курение, он тем самым укрепляет свою волю, дисциплинирует себя и, наряду с этим, оздоравливает свой организм. Надо вкратце ознакомить курильщика с физиологическим действием табака на различные органы и системы. Необходимо всеми мерами укреплять желание курильщика прекратить курение, на конкретном примере показать ему вред, приносимый табаком, но делать это нужно осторожно, избегая ятрогении. В тех случаях, когда курильщиков направляют терапевты, фтизиатры, кардиологи, ото-ларингологи, окулисты и когда больные знают, что имеющиеся у них заболевания вызваны курением, нужно фиксировать на этом внимание больных, указывая им, что нередко эти заболевания проходят уже через короткое время по прекращении курения.

В московских диспансерах широко применяется коллективная психотерапия для групп в 10—30 человек. В первой беседе подчеркивается, что пришедшие лечиться давно уже думали прекратить курение, что само желание их лечиться уже является залогом того, что они оставят курение и что общими усилиями каждого из них в отдельности, а также врача, им, наконец, удастся осуществить свое желание. Указывается, что лечение возможно лишь при строгом выполнении больными указаний врача. В первой же беседе больным объясняется физиологическое действие табака на организм человека. Важно подкрепить беседу соответствующим иллюстративным материалом (рисунки, картины, диапозитивы, диапозитивные кинофильмы и т. п.).

После беседы присутствующим рекомендуется немедленно прекратить курение, назначая для купирования абстиненции пилокарпин.

Во время следующей беседы объясняется механизм привыкания к табаку, а также освещаются абстинентные явления

на основе опроса и разбора отдельных случаев. Больных предупреждают, что бросить курение — нелегко, но что при серьезном подходе успех будет обеспечен. Параллельно с этим проводится коллективное внушение с целью вызвать у больных безразличие к табаку, подавить влечение к нему.

Наряду с этим, желательно проводить детальное медицинское исследование больных, назначая им, в зависимости от состояния здоровья, дополнительное лечение для повышения тонуса нервной системы: стрихнин, первитин, фенамин и др.

Лечение курильщиков табака проводится в амбулаторных условиях. Однако в случаях, не поддающихся излечению в этих условиях, желательно стационарирование в закрытых лечебных учреждениях. К сожалению, нигде в мире таких учреждений нет, хотя нужда в них большая.

В тех случаях, когда не удастся добиться прекращения курения табака, рекомендуется как паллиатив ограничение курения и максимальное обезвреживание табачного дыма. С этой целью при курении папирос следует применять мундштуки; трубки необходимо часто чистить и вкладывать в них ватный тампон, смоченный полутораклористым железом, благодаря чему вдыхаемый дым в значительной мере освобождается от никотина.

Глава XIX

БОРЬБА С НАРКОМАНИЯМИ

Борьба с наркоманиями в СССР ведется по двум направлениям:

- а) профилактика наркоманий,
- б) больничная и внебольничная помощь наркоманам.

В 1941—1945 гг. количество алкогольных заболеваний в Москве резко уменьшилось по сравнению с 1940 г. Знаменателен следующий факт: существовавшая в Москве лечебница для алкоголиков в годы Великой отечественной войны из-за отсутствия больных была предназначена для обслуживания психически больных. Лишь в послевоенные годы отмечается некоторое увеличение количества обращений алкоголиков, однако все же в 1948 г., по данным московских нервно-психиатрических диспансеров, количество первичных обращений алкоголиков было в четыре раза меньше, чем в 1940 г.

Предупреждение наркоманий должно заключаться в проведении социально-общественных и законодательных мероприятий.

В капиталистических странах существует большой разрыв между законодательными мероприятиями и практикой борьбы с наркоманиями. Производство наркотиков там находится в руках промышленных монополистов, заинтересованных в распространении наркотических средств, являющихся предметом обогащения, а также усыпления и одурманивания масс.

Все законы, касающиеся борьбы с наркоманиями в капиталистических странах, направлены не против монополистов-производителей и распространителей наркотиков, а лишь против мелких распространителей и потребителей наркотиков. Делались попытки организовать борьбу с наркоманиями в международном масштабе, для чего в 1909 г. в Шанхае и в 1911 г. в Гааге созывались международные конференции по борьбе с курением опия, не давшие, однако, конкретных результатов.

Совершенно противоположная картина имеет место в СССР, где законодательным путем регулируется производ-

ство наркотических веществ и гарантируется их использование исключительно для медицинских и научных целей.

Постановлением ЦИК и Совнаркома СССР от 23 мая 1928 г. в пределах СССР воспрещена свободная продажа кокаина, его солей, морфина, героина, дионина, их солей и пантопона. В инструкции Наркомздрава СССР о продаже наркотических веществ указывается, что отпуск наркотиков из аптек производится исключительно по рецептам врачей на специальных бланках.

Кроме того, законодательством предусматривается решительная борьба с нелегальной торговлей наркотиками: согласно ст. 104 Уголовного кодекса производство, хранение и сбыт кокаина, морфина, эфира и других наркотических веществ без надлежащего разрешения влечет за собой лишение свободы или принудительные работы на срок до одного года с конфискацией части имущества или без таковой. Те же действия, носящие, характер промысла, а равно и содержание притонов, где производится сбыт или потребление перечисленных в указанной статье веществ, караются лишением свободы со строгой изоляцией на срок до 3 лет с конфискацией всего имущества.

Глава XX

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕРВНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ

В царской России больничной и внебольничной помощи алкоголикам и другим наркоманам не существовало. Имелись лишь единичные амбулатории, содержащиеся на средства благотворительных обществ. Лишь в 1923 г. начинает развиваться наркологическая помощь в Москве, а затем и в других городах СССР.

Вначале организовывались специальные наркопункты при тубдиспансерах, где алкоголики лечились амбулаторно, но затем возникали самостоятельные наркодиспансеры.

С 1932 г., после реорганизации невро-психиатрической помощи, когда произошло объединение функций наркодиспансеров и районных психоневрологов, амбулаторная помощь алкоголикам оказывается в системе невро-психиатрических диспансеров специалистами-наркологами, психиатрами или психоневрологами.

Невро-психиатрическая сеть для алкоголиков и наркоманов должна иметь следующие звенья: 1) по внебольничному сектору в системе поликлиник и диспансеров: а) точки, обслуживаемые врачами-психиатрами, наркологами, б) лечебно-производственные мастерские; 2) по больничному сектору: а) специальные больницы или отделения для алкоголиков и наркоманов в психиатрических или соматических больницах, б) колонии для принудительного лечения, в) трудовые колонии для алкоголиков, г) наркоприемники как вспомогательные лечебные учреждения.

Параллельно с лечебной деятельностью эти учреждения должны также проводить профилактическую работу.

Ниже приводятся задачи, которые стоят перед каждым из указанных звеньев невро-психиатрической сети для алкоголиков и наркоманов.

Наркологическая работа врача в поликлинике или диспансере

Наркологическую работу в диспансерах проводят врачи-психиатры, психоневрологи или наркологи.

Задачи, стоящие перед врачом, ведущим наркологическую работу, чрезвычайно обширны. Они должны включать комплекс мероприятий социального и лечебного характера, направленных на профилактику наркоманий, лечение заболевших и трудоустройство инвалидизированных алкоголиков и наркоманов. Врач-психиатр, ведущий наркологическую работу в районе, должен являться консультантом для врачей разных специальностей этого района.

Он ведет амбулаторный прием алкоголиков, наркоманов и курильщиков, а в случае необходимости направляет их в соответствующие стационары. Нарколог должен широко пользоваться в своей работе консультацией врачей-соматиков для выявления соматических заболеваний у наркоманов, проводя необходимые лабораторные и рентгенологические исследования и т. п. В своей лечебной работе нарколог должен максимально использовать всевозможные активные методы лечения (психотерапию, физиотерапию, культтерапию, трудотерапию, фармакотерапию и т. д.). Все алкоголики и наркоманы должны быть взяты на учет по специальной схеме, в которой нужно отображать подробно как само заболевание, так и социально-бытовые условия больного и данные динамического наблюдения за ним. Необходимо также выявлять ранние случаи наркоманий, которые часто ускользают из поля зрения врача ввиду не критического отношения как самих больных, так и их родственников, к «невинной привычке» в виде частого протблениа алкэголя при любом, даже незначительном поводе, принимающего постепенно систематический характер.

Кроме легких форм алкоголизма, нарколог лечит также более тяжелых больных, подающих надежду на излечение в условиях диспансера. Курабильных наркоманов, не поддающихся лечению в условиях диспансера, а также больных с алкогольными психозами (белая горячка, алкогольная эпилепсия, алкогольный галлюциноз, корсаковский психоз), следует направлять в алкогольную лечебницу или соответствующие отделения соматических или психиатрических больниц. При остром отравлении алкоголем, а также патологическом опьянении и обострениях хронического алкоголизма, когда больные не могут сразу приступить к лечению в диспансере, следует направлять их в наркоприемники для кратковременного стационарирования (вытрезвители) и уже после этого приступать к лечению.

Излеченные алкоголики должны находиться под наблюдением в течение ряда лет и являться в диспансер регулярно

каждые 1—2 месяца, так как готовность к рецидиву у них сохраняется чрезвычайно долго.

Серьезное внимание должен уделять врач-наркологу оздоровлению социально-бытовых условий больного. Необходимо выявить причины, способствовавшие развитию наркомании, разъяснить их больному и по возможности их устранять, оздоравливать бытовые условия больных. Большое значение имеет трудоустройство больных в тех случаях, когда это необходимо.

Врач-нарколог должен сочетать лечебную работу с профилактической. Он должен выяснить в своем районе размеры и формы алкоголизма и узнать, какие меры применялись до сих пор с целью его изжития. Для получения этих сведений нужно использовать советскую общественность, с которой необходимо поддерживать тесную связь, втягивая ее в противонаркотическую работу. Необходимо также учитывать все моменты, связанные с усиленным потреблением наркотических веществ: правонарушения, заболеваемость наркоманиями, смертность от них, прогулы, несчастные случаи, производственный брак, аварийность. В деле борьбы с алкоголизмом следует использовать кино, лекции, беседы, радио, выставки, плакаты, лозунги, консультации, цеховые газеты и газеты-многотиражки. Лекции и доклады следует иллюстрировать диапозитивами или другими наглядными пособиями. Необходимо заботиться, чтобы библиотеки школ, клубов, библиотеки-передвижки имели научно-популярную и художественную противоалкогольную литературу.

Жены и родственники наркоманов также должны привлекаться к противонаркотической работе и являться активными помощниками врача-нарколога в деле восстановления здоровья больных путем организации здорового быта, нормальных условий в семье. Крайне важна также непосредственная связь с предприятиями района через их лечебные организации (поликлиники и др.). Они должны способствовать выявлению наркоманов и привлечению их к лечению, а также принимать участие в оздоровительной противонаркотической работе.

Серьезное внимание следует уделять антиалкогольному воспитанию молодежи. Для этого нужно поддерживать связь с педагогами своего района, чтобы вести через их посредство противоалкогольную работу.

Лечебницы для алкоголиков и наркоманов

Лечебницы для алкоголиков и наркоманов должны строиться по типу закрытых невро-психиатрических стационаров. Весьма важно создать условия, при которых отсутствовала бы малейшая возможность проникновения в лечебницу алкогольных напитков и других наркотических средств.

В такие лечебницы должны направляться алкоголики и наркоманы без тяжелой психической деградации, тяжелой психопатии и психических заболеваний, у которых возможно излечение или длительная ремиссия. Лечебницы должны также обслуживать больных с алкогольными психозами (белая горячка, алкогольный галлюциноз, алкогольная эпилепсия, корсаковский психоз и т. д.). Они должны состоять из двух отделений: приемного и санаторного.

Все больные поступают в приемное отделение (с режимом, подобным режиму отделений для острых больных в психиатрических больницах). По миновании острого периода, через 1—2 недели, курабельные больные переводятся в санаторное отделение, где и заканчивают курс лечения в течение 1—2 месяцев. Срок пребывания больных в такого рода лечебницах устанавливается в каждом отдельном случае.

Трудно излечимые больные, если это необходимо, направляются в трудовые колонии.

Морфинистов и опиофагов целесообразно на время острого периода помещать в специальные отделения, ибо, как показал опыт Московской невро-психиатрической лечебницы для острого алкоголизма, подобные больные в период абстиненции весьма беспокойны, нарушают режим приемного отделения и вызывают нарекания со стороны остальных больных.

Лечебницы должны располагать необходимыми подсобными отделениями, как-то: клиническая, биохимическая и электрофизиологическая лаборатории, различные мастерские для трудотерапии, гидротерапевтический и физиотерапевтический кабинеты, аптека и помещение для проведения массовой культработы (лекции, кино, вечера самодеятельности, различные постановки, концерты, занятия кружков и т. п.).

Серьезное внимание надо уделять вопросу питания. Учитывая нарушение обмена веществ у наркоманов, следует организовать лечебное питание для больных.

Персонал для лечебницы должен подбираться из непьющих, ибо алкоголизм отдельных сотрудников весьма отрицательно влияет на больных, а также не исключена возможность передачи такими сотрудниками наркотиков больным. Штатное количество коек лечебницы должно составлять от 50 до 100, в зависимости от потребности обслуживаемого района.

Помимо лечебно-профилактической работы, лечебницы должны проводить также научную работу.

Весьма важно, чтобы больные по выписке из лечебницы поддерживали с ней письменную связь, а еще лучше живую, что крайне полезно для лиц с не вполне устойчивой психической сферой. Необходимо организовать из выздоровевших больных общественный актив и проводить хотя бы раз в год с психотерапевтической целью собрания выздоровевших больных.

Трудовые колонии для алкоголиков и наркоманов

Трудовые колонии для алкоголиков и наркоманов предназначены для больных, нуждающихся в длительном лечении, а также для принудительного лечения лиц, представляющих социальную опасность и не желающих добровольно подвергнуться соответствующему лечению.

Трудовые колонии надо развертывать от 150 до 200 человек и больше. Они должны состоять из ряда изолированных отделений на 20—30 человек каждое. Это позволяет целесообразно распределить больных, устранить влияние деградированных больных, а также конфликты, которые весьма часто возникают среди алкоголиков.

Весьма важно «асоциальных» алкоголиков распределять равномерно между больными с правильной и серьезной установкой на лечение. Это создает благоприятную обстановку для перевоспитания таких больных.

В трудовых колониях должен быть установлен соответствующий режим дня. Значительную роль здесь приобретает трудотерапия, которая приучает больных к систематическому регулярному труду. В трудовой колонии больные приобретают ту или иную квалификацию (столяра, токаря, слесаря, сапожника и т. п.); кроме того, они получают возможность пере-квалифицироваться в тех случаях, когда это необходимо. Не следует лишь забывать, что трудотерапия не должна вытеснять другие методы лечения и что одновременно с трудотерапией должен быть максимально использован весь арсенал активных методов лечения (физиотерапия, психотерапия, культура и т. д.).

Необходимо занять весь день больного целесообразной работой, так как по истечении нескольких недель пребывания в колонии при наличии свободного времени и отсутствии каких-либо занятий больной начинает хандрить, смаковать былые пьяные похождения. Возбуждение и дурное настроение постепенно нарастают; больной индуцирует других больных, и, наконец, раздражается, давая ряд вспышек, которые могут причинить много неприятностей как больным, так и персоналу.

Срок пребывания больных в трудовых колониях должен устанавливаться комиссией компетентных врачей на основании динамического наблюдения больных. Он колеблется от 3 месяцев до одного года.

В колонии должно иметься подсобное хозяйство (молочная ферма, совхоз), а также различные мастерские. При правильной постановке дела подобная трудовая колония может существовать на хозрасчете.

Колонии для трудно излечимых и деградировавших алкоголиков

Для трудно излечимых и деградировавших алкоголиков необходимо организовать специальные колонии с трудовым режимом. Основная установка этих колоний — приспособить больных к трудовой деятельности, ибо вне колонии такие больные обычно деградируют и погибают от алкоголизма.

Колонии для трудно излечимых алкоголиков должны строиться на 200—300 человек. Учитывая длительное, а может быть, и пожизненное пребывание больных в колонии, необходимо создать в ней такие условия, которые не тяготили бы больных. В колонии должны иметься отдельные павильоны на 30—50 человек каждый. Павильон должен быть разделен на 10—15 палат; в каждой из них следует помещать от 2 до 5 человек, учитывая их индивидуальные особенности.

Колония должна иметь производственные мастерские, а также участок земли в 300—500 га и молочную ферму, где в качестве рабочей силы надо использовать больных в течение рабочего дня.

В колонии необходимо организовать культработу, чтобы свой досуг больные могли заполнить культурными развлечениями. Политучеба, лекции, радио, кино, кружковая работа, физкультура, спектакли, концерты, вечера самодеятельности должны занимать свое место в обиходе больных.

В колонии необходимо создать такие условия, которые исключали бы полностью возможность передачи больным спиртных напитков.

Для неустойчивых больных надо организовать небольшое отделение, где устанавливается соответствующий режим. Необходимо также создать отделение для соматических больных.

При надлежащей организации колонии, правильном сочетании трудовых процессов и лечебных мероприятий, перевоспитании больных и долголетней настойчивой работе медицинского персонала, не исключена возможность позднего излечения таких больных, которые считались неизлечимыми.

Отделения для алкоголиков при психиатрических и соматических больницах

Как временная мера в тех случаях, когда отсутствует возможность организовать специальные учреждения для алкоголиков, по нашему мнению, можно допускать организацию отделений или палат для алкоголиков при психиатрических и соматических больницах. Эти отделения и палаты должны предназначаться для больных с острыми алкогольными психозами и для купирования приступов запоя. Руководить этим отделением должен врач-психиатр. Режим этих отделений должен быть закрытый.

Наркоприемники

Наркоприемники должны оказывать помощь больным с острым алкогольным отравлением. Они должны состоять из отделения для вытрезвления и отделения для кратковременного стационарирования.

Основная задача наркоприемника — вытрезвление лиц, находящихся в состоянии тяжелого алкогольного опьянения, а также лечебная помощь алкоголикам, нуждающимся в кратковременном стационарировании.

Наркоприемники должны также обеспечивать своевременную изоляцию в условиях лечебного учреждения лиц, представляющих в состоянии опьянения социальную опасность для общества.

Режим в наркоприемниках должен соответствовать режиму отделений для возбужденных больных в психиатрических лечебницах.

Опека

В исключительных случаях целесообразно накладывать частичную опеку на заработок алкоголика, а также на его движимое имущество. Желательно привлекать в качестве опекунов непьющих трудящихся, которые могли бы благотворно влиять на алкоголиков в отношении их перевоспитания и прививать им противоалкогольные навыки.

Опекун должен также заботиться о соответствующем лечении и трудоустройстве опекаемого, так как часто алкоголики, нуждающиеся в опеке, теряют связь с производством и остаются без работы. Опекун должен получать заработок больного и целесообразно расходовать его на содержание как самого больного, так и его семьи.

Такая частичная опека должна накладываться на деградировавших алкоголиков, многократно и безуспешно лечившихся, при условии если будет доказано, что они систематически пропивают свой заработок или пенсию, лишая семью средств к существованию. В случаях, когда алкоголики попускают своих детей к правонарушению, ниществу или же если устанавливается полная безнадзорность детей алкоголиков (алкоголизм обоих родителей), желательно через суд лишать временно таких лиц прав отцовства. Частичная опека при правильной постановке дела дает положительные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

а) Русская

- Азарх М. Е. и Глазов В. А., Углеводный обмен при алкогольных психозах и у хронических алкоголиков, Невропатология и психиатрия, 1930, № 5.
- Анцыферов Л. В., Гашишизм в средней Азии, Ташкент, 1936.
- Архангелова С. Л., К диагностике алкогольного опьянения, Лабораторная практика, 1934, № 9.
- Асатиани Л. М., Об алкогольном слабоумии. Диссертация, 1947.
- Барсук А. Л., Краткое руководство по психиатрии для участковых врачей, 1945.
- Бергер И. А., Невро-психическая заболеваемость и проблема борьбы с алкоголизмом на заводе «Пролетарский труд», Сборник «Психогигиенические и неврологические исследования», 1928.
- Он же, Организация невро-психиатрической помощи, 1942.
- Бехтерев В. М., Гипноз и внушение, 1911.
- Он же, Коллективная гипнотерапия.
- Богин Н. О., Функциональные изменения печени под влиянием алкоголя, 1940 (рукопись).
- Богомоллова Т. М., Лечение наркоманов подкожным вдуванием кислорода, Московский медицинский журнал, 1935, № 10.
- Быков К. М., Кора головного мозга и внутренние органы, 1941.
- Введенский И. Н., Обонятельные галлюцинации среди предвестников дипсоманического приступа, Современная психиатрия, 1912.
- Он же, Когда начинать гипнотическое лечение алкоголиков, Современная психиатрия, 1913.
- Он же, Опыт принудительной трезвости, М., 1915.
- Владычко С. Д., Влияние табачного дыма на нервную систему и организм вообще, 1909.
- Виш И. М., К вопросу об алкогольных психозах у шизофреников, Труды психиатрической клиники Воронежского медицинского института, в. 1, 1934.
- Вопросы алкоголизма, под общей редакцией акад. Бехтерева, в. 1, 1913.
- Ганнушкин П. Б., Клиника психопатий, 1933.
- Гейер Т. А., Эволюция учения о корсаковском психозе, Сборник «50 лет психиатрической клиники им. С. С. Корсакова», 1940.
- Гиляровский В. А., Психиатрия (руководство для врачей и студентов), 1938.

- Он же, Психиатрия, 1942.
- Голант Р. Я., О расстройствах памяти, 1935.
- Гуревич М. О. и Серейский М. Я., Учебник психиатрии, 1946.
- Довженко П. П., Сдвиги в сердечно-сосудистой системе у алкоголиков под влиянием гравиданотерапии, Бюллетень института урогравиданотерапии, 1934.
- Ефремов Д. И., О методике апоморфинного лечения алкоголиков, Труды Ленинградской психиатрической больницы им. Кащенко, 1935.
- Железников Н. П., Трудотерапия при амбулаторном лечении алкоголиков, «Сборник проблемы психиатрии и психопатологии», 1935.
- Жислин С. Г., Шизоидные и синтонные алкоголики, Вопросы наркологии, 1928.
- Он же, Клиника алкогольных расстройств, Труды психиатрической клиники Воронежского медицинского института, в. 1, 1934.
- Он же, Об алкогольных расстройствах, 1935.
- Он же, Об алкогольной эпилепсии. Проблемы теоретической и практической медицины. Сборник VIII. Эпилепсия, 1938.
- Он же, К структуре и психопатологии алкогольного галлюциноза, Труды Московской психиатрической больницы, 1939.
- Он же, Об острых параноидах, М., 1940.
- Жислин С. Г. и Каневская Ф. О., К вопросу о клинике похмелья, Проблемы наркологии, 1934.
- Затуловский М. И., Судебнопсихиатрическая оценка состояния опьянения. Проблемы судебной психиатрии. Сборник V, 1949.
- Зеневич Г. В., Опыт амбулаторного лечения алкоголиков, Врачебная газета, 1930, № 10.
- Земель П. Г., К вопросу о механизме запойных приступов, Труды психиатрической клиники Воронежского медицинского института, 1934.
- Иванов-Смоленский А. Г., Основные проблемы патологической физиологии высшей нервной деятельности человека, Медгиз, 1933.
- Он же, Опыт механизации гипнотического воздействия, Врачебное дело, 1928, № 3.
- Он же, Опыт экспериментального словесного воздействия на вегетативную нервную деятельность человека, Бюллетень Всесоюзного института экспериментальной медицины, 1935, № 1.
- Каннабих Ю. В., Место гипноза в системе психотерапии, Современная невропатология и психиатрия, 1934.
- Канторович Н. В., Опыт сочетательно-рефлекторной терапии алкоголизма. Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. Сборник III, 1929.
- Канторович Н. В. и Константинович С. К., Алкоголь при раннем слабоумии, 1941 (рукопись).
- Канторович Н. В. и Осовский И. А., Классификация алкоголизма, Советская врачебная газета, 1933, № 22.
- Корсаков С. С., Об алкогольном параличе, 1887.
- Он же, Курс психиатрии, 1913.

- Краснушкин Е. К., Неврозы и психоневрозы. В кн.: Учебник нервных болезней, под ред. М. Б. Кроля, М. С. Маргулиса и Н. И. Проппера, 1937.
- Он же, Проблема динамики изменчивости психопатий. Сборник «50 лет психиатрической клиники имени С. С. Корсакова», 1940.
- Кузнецова Р. М. и Егорова Н. И., Опыт лечения апоморфином хронических алкоголиков, Труды Ташкентской психиатрической больницы, Ташкент, 1935.
- Кербиков О. В., Острая шизофрения, Медгиз, 1949.
- Курашкевич Г. А. и Смирнов В., Результаты оксигенотерапии у алкоголиков и влияние ее на вегетативные рефлексы, Советская психоневрология, 1934.
- Кутанин М. П., Хронический кокаинизм, 1915.
- Ластовецкий В. В., Гашишизм (к вопросу об острых интоксикационных психозах), Труды Ташкентского медицинского института, т. 1, в. 1.
- Липманович А. С. и Субботник С. И., Алкоголизм в этиологии артериосклероза, Клиническая медицина, 1935, № 6.
- Лысенко Т. Д., Агробриология, 1948.
- Малкин П. Ф. и Яновская А. Е., Лечение инсулиновой гипогликемией некоторых атипичных и затянувшихся алкогольных психозов, Труды Свердловского Государственного медицинского института. Сборник 16, 1941.
- Марковников А., Лечение алкоголизма комбинацией внушения с выработкой условного рефлекса рвоты от глотка спиртных напитков, Советская врачебная газета, 1934, № 10.
- Маслов Е. В., Стрелюхин А. К., Шизофреноподобные картины при остром и хроническом отравлении гашишем, Невропатология и психиатрия, 1937, т. VI, № 4.
- Минор Л. С., Краткая терапия нервных болезней, 1910.
- Москвичев О., Быт и нравы за рубежом. «Кинобальзам». Вечерняя Москва, 2/IV 1941 г.
- Овчаренко П. П. и Неймер Л. С., Апоморфин в практике наркоприемников-вытрезвителей и действие его при остром опьянении, Советская врачебная газета, 1932, № 21, 22.
- Осипов В. П., Частное учение о душевных болезнях, 1926.
- Орбели Л. А., Лекции по вопросам высшей нервной деятельности, 1945.
- Павлов И. П., Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, 1938.
- Он же, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, Полное собрание трудов, т. IV, изд. Академии наук СССР, 1937.
- Певницкий А. А., К вопросу об амбулаторном лечении алкоголиков. Оттиск из журнала «Русское общество охраны народного здоровья», 1904.
- Он же, Лечение алкоголиков по данным двухлетнего опыта в амбулатории клиники акад. Бехтерева. Оттиск из журнала «Обозрение психиатрии», 1905.

- Петрова М. К., Влияние хронического применения алкоголя на высшую нервную деятельность собак, различных по силе нервной системы, Труды физиологической лаборатории им. И. П. Павлова, т. XII, 1945.
- Платонов К. И., Слово как физиологический и лечебный фактор (к физиологии психотерапии), 1930.
- Попов и Наумова, О патогенезе и лечении белой горячки, Советская психо-неврология, 1935, № 4, 5.
- Равкин И. Г., К патогенезу корсаковского синдрома, Сборник «50 лет психиатрической клиники им. С. С. Корсакова», 1940.
- Рапопорт А. М., Кокаинизм и преступность, Московский медицинский журнал, № 1, 1926.
- Он же, Табак и его влияние на организм, 1929.
- Он же, К диагностике алкогольных заболеваний, Советская невропатология, 1934.
- Он же, Опиум как социальная проблема, БМЭ, 1932.
- Он же, Наркомания, БМЭ, 1932.
- Он же, Табакокурение, БМЭ, 1932.
- Он же, Диагностика алкогольного опьянения, 1934.
- Он же, Об основных задачах советской наркологии, Проблемы наркологии, 1934.
- Он же, К методике и практике алкогольной терапии, Проблемы наркологии, 1934.
- Рапопорт А. М. и Лахман Д. М., О никотиновой абстиненции у человека в связи с терапией табакокурения, Проблемы наркологии, 1934.
- Родионов С. М., Психологические особенности хронического алкоголизма и его течение, Проблемы наркологии, 1934.
- Розенштейн Л. М., Об алкогольном опьянении и привыкании. Оттиск из журнала «Невропатология и психиатрия», 1916.
- Рыбаков Ф. Е., О лечении пьянства гипнотизмом, Врачебная газета, 1898, т. XIX.
- Он же, Принципы современного лечения алкоголиков, 1905.
- Он же, Душевные болезни, 1917.
- Светлов В. С., Внимание, психическая работоспособность и ассоциации у страдающих хроническим алкоголизмом. Диссертация, 1916.
- Сербский В., Руководство к изучению душевных болезней, 1906.
- Серейский М. Я., Конституция наркоманов, Труды психиатрической клиники I МГУ, 1926.
- Он же, Корсаковский психоз в свете современной клиники. Сборник «50 лет психиатрической клиники им. С. С. Корсакова», 1940.
- Он же, Стимуляторы нервной системы, 1943.
- Он же, Терапия психических заболеваний, 1949.
- Скворцов В. Г., Гашиш, БМЭ, 1929.
- Он же, Курс фармакологии, 1943.

- Случевский И. Ф. и Случевская Л. Б., О влиянии конституциональных факторов на апоморфинное лечение алкоголизма, Труды Ленинградской психиатрической больницы им. Кащенко, 1935.
- Случевский И. Ф. и Фрикен А. А., Об апоморфинном лечении хронического алкоголизма, Советская врачебная газета, 1933, № 12.
- Стрельчук И. В., К вопросу о явлении морфинной абстиненции, Проблемы наркологии, 1934.
- Он же, О нарушениях нейродинамики у хронических алкоголиков. Рефераты научно-исследовательских работ Академии Мед. наук. Медико-биологические науки, 1949, № 7.
- Он же, К вопросу об обмене веществ у алкоголиков, Проблемы наркологии, 1934.
- Он же, Организация внебольничной помощи алкоголикам, В кн.: Методика психоневрологической работы в районе, 1934.
- Стрельчук И. В. и Обнорский П. П., Гравиданотерапия в борьбе с наркоманией, Бюллетень Института урогравиданотерапии, 1934, № 1.
- Стрельчук И. В. и Афанасьева Е. В., Некоторые биохимические замечания по поводу белой горячки и хронического алкоголизма, Проблемы наркологии, 1934.
- Стрельчук И. В. и Прядко Н. Ф., К вопросу о желудочной секреции у алкоголиков, Проблемы наркологии, 1934.
- Стрельчук И. В., К методике и практике трудотерапии в лечебных учреждениях для алкоголиков, Проблемы психиатрии и психопатологии, 1935.
- Стрельчук И. В., Обнорский П. П., Дудко Н. Е. и др., Гравидан и проблема борьбы с преждевременным одряхлением при алкогольной и морфинной интоксикации, Бюллетень института урогравиданотерапии, 1935, № 2.
- Стрельчук И. В., Алкогольная эпилепсия, Проблемы эпилепсии, 1936.
- Он же, Активные методы лечения алкоголиков, Вопросы социальной и клинической психоневрологии, 1936.
- Он же, К вопросу о морфинизме, Вопросы социальной и клинической психоневрологии, 1936.
- Он же, К вопросу об окислении алкоголя при алкогольных заболеваниях, Советская психоневрология, 1939, № 3.
- Он же, Хронические алкогольные галлюцинозы, М., 1947.
- Суханов С., Об отношении хронического алкоголизма к запойному пьянству. Отдельный оттиск из «Медицинского обозрения», 1906, № 23—24.
- Труды комиссии по вопросу об алкоголизме, в. I—IX, 1899—1908.
- Тувим Р. И., О лечении брюшнотифозных больных атропином и о применении атропина при наркотизации алкоголиков, Врачебная газета, 1930, № 15, стр. 1131.
- Футер Д. С., Децеребрационная ригидность у человека, Медгиз, 1946.
- Эпштейн А. Я., Агриппнический синдром у алкоголиков, Сборник трудов № 1 Ленинградской психиатрической больницы, 1934.
- Юников Ф. И., Лечение отравлений морфием и опиумом растворами марганцовокислого калия, Врачебное дело, 1927, № 9.
- Шмарьян А. С., Мозговая патология и психиатрия, 1949.

б) Переводная

Иозель, Лечение наркоманий (перевод), 1930.

Левенфельд, Гипноз и его техника (с предисловием проф. Платонова), 1928.

Маньян В., Алкоголизм, Различные формы алкоголического бреда и их лечение, 1877.

Ослер Вильям, Руководство по внутренней медицине, 1928.

Форель А., Гипнотизм или внушение и психотерапия, 1928.

в) Иностранная

Bart u. Ornstein, Betrachtungen über einige humorale Störungen beim chronisch Alkoholismus, Ref. Zbl. Neurol., 77.

Bonhaeffer, Die alkoholischen Geistestörungen, 1906.

Binswanger H., Zur functionellen Pathologie der Leber beim Delirium tremens alcoholicum, Klin. Wschr., 1932, II.

Binswanger H., Leberuntersuchungen bei Alkoholpsychosen gleichzeitig ein Beitrag zur functionellen Pathologie der Leber.

Bickel Adolf, Biologische Wirkungen des Alcohols auf dem Stoffwechsel, Thime, Leipzig, 1936.

Bleyer B., Diemair W. u. Fischer, «Hella», ein alkoholfreies kalorienreiches Erfrischungsgetränk mit Biercharacter, Münch. med. Wschr., 1932, 1634—1636.

Bratz E., Behandlung des Alkoholismus, Allg. z. Psych., 99, 202—218.

Hald Iens a. Jacobsen Eric, A drug sensitizing the organism to ethyl alcohol, Lancet, 1948, 6539.

Klemperer Edith, Die Behandlung des Delirium tremens mit Insulin, Psychiatr. neur. Wschr., 1932, 117—123; 134—138.

Klemperer Edith, Diskussionsbemerkung zu Steck, Schweiz. Arch. Neurol., 1932.

Kral A. I. Pollan, Zur Insulinbehandlung der Alkoholpsychosen, Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1938, 88, 470.

Kraepelin, Psychiatrie, 1927.

Magnan, De l'alkoholisme, 1874.

Magnus Huss, Chronische Alkoholkrankheit oder Alkoholismus chronicus, 1852.

Marchand u. Courtcis, Die acute Form der Korsakow Psychose bei Alkoholikern, Rev. Neurol.

Martensen, Larsen O., Treatment of alcoholism with a sensitizing drug, Lancet, 1948, 6539.

Morel F., Les scotomes positifs et les halucinations visuelles de delirium tremens, Rev. d'Otol. etc., 1933 (Ref., Zbl. Neurol., 68).

Neuman Henri, Alkoholwirkung nach intravenöser Injection, Amer. journ. psych., 1935, 9.

Pagniez P., Le traitement des intoxications barbituriques aiguës par la picrotoxie, Presse med., 1940, 16 (janvier), 57—58.

Pohlisch R., Die Klinik des Alkoholismus. Intern. z. Alkoholismus, Nov. Heft, 1932; Allg. Ztschr. Psych., 1933, 99.

Pohlisch K. u. Panse F., Schlafmittelmisbrauch, Thime, Leipzig, 1934.

Procop u. Skoliskova, Leber u. Alkoholpsychose, Ref. Zbl. Neur., 76.

Reifenstein S. C. jr. a. Reifenstein S. C. jr., PicROTOXIN in the treatment of acute barbiturate poisoning. Review of the literature and report of two cases, Ann. int. med., 1939, 13, 16 December, 1013—1022. Bibl. 27 refs.

Seelerf A., Zur Frage der Entwicklungsbedingungen des Pathologischen Rausches, Wschr., Psych. 1933, 86, 191.

Steck, Ueber Erfahrungen in der Behandlung des Delirium tremens, Schweiz. Arch. Neurol., 1932.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ко второму изданию	3
Предисловие к первому изданию	4
Глава I. Острое отравление алкоголем	5
Патологическое опьянение	11
Лечение	16
Глава II. Хронический алкоголизм	19
Течение и психопатология рецидивов хронического алкоголизма	36
Прогноз и катамнез	42
Патологическая анатомия	50
Причины и распространение алкоголизма	51
Глава III. Лечение хронического алкоголизма	53
Исторический обзор	53
Современные методы лечения алкоголизма	56
Фармакотерапия	59
Гравиданотерапия	64
Лечение путем выработки условий эмоционально-отрицатель-	
ной и рвотной реакции на алкоголь при помощи апоморфи-	
на, эметина и других рвотных средств	65
Лечение хронического алкоголизма сенсibiliзирующими к	
нему веществами	76
Оксигенотерапия	78
Психотерапия	79
Физиотерапия	87
Гидротерапия	88
Физкультура	89
Культтерапия	91
Трудотерапия	94
Лечебное питание	99
Глава IV. Запой (дипсомания)	102
Глава V. Алкогольная эпилепсия	107
Глава VI. Белая горячка	126
Глава VII. Острый алкогольный галлюциноз	134
Глава VIII. Хронический алкогольный галлюциноз	142
Глава IX. Алкогольный бред (алкогольный параноид)	147
Глава X. Корсаковский психоз	159
Глава XI. Алкогольный псевдопаралич	223

Глава XII. Острое отравление морфином	162
Хроническое отравление морфином (морфинизм)	164
Глава XIII. Острое отравление опиумом	182
Хроническое отравление опиумом	183
Глава XIV. Острое отравление кокаином	186
Хроническое отравление кокаином (кокаинизм)	187
Глава XV. Острое отравление гашишем	192
Хроническое отравление гашишем	193
Глава XVI. Эфиромания	195
Глава XVII. Острое отравление препаратами барбитуровой кислоты (веронал, люминал, амитал-натрий, мединал, ноктал, эвипан, фанодорм и др.)	197
Хроническое отравление препаратами барбитуровой кислоты	199
Глава XVIII. Острое отравление табаком	201
Хроническое отравление табаком	201
Глава XIX. Борьба с наркоманиями	207
Глава XX. Организация нервно-психиатрической помощи больным алкоголизмом и наркоманией	209
Наркологическая работа врача в поликлинике или диспансере	210
Лечебницы для алкоголиков и наркоманов	211
Трудовые колонии для алкоголиков и наркоманов	213
Колония для трудно излечимых и деградировавших алкоголиков	214
Отделения для алкоголиков при психиатрических и соматических больницах	214
Наркоприемники	215
Опека	215

Стр.

48

49

62

198

Клиника

Редактор Ю. С. НИКОЛАЕВ

Техн. редактор Е. Серебряникова

Корректоры А. Г. Короткова и В. И. Блинова

A12162. Подписано к печати 30/IX 1949 г. МН—57. Ф. б. 60×92¹/₁₆.
Печ. л. 14. Уч.-изд. л. 15,2. Зн. в 1 п. л. 44000. Тираж 5000 экз.
Цена 9 руб. Переплет 1 руб. Заказ № 1699.

Набрано в 3-й типографии Красный пролетарий Глазполиграфиздата при
Совете министров СССР, Москва, Краснопролетарская, 16.
Отпечатано в типографии Государственного издательства медицинской
литературы,
Москва, Ногатинское шоссе, д. 1. Зак. 1516.

ОПЕЧАТКИ

<i>Стр.</i>	<i>Строка</i>	<i>Напечатано</i>	<i>Следует читать</i>
48	2 снизу	164	154
49	13 снизу	рецидив у 21 человека (свыше 20%), а у 49 человек	рецидив у 42 человек (свыше 26%), а у 79 че- ловек
62	10 снизу	MDS	Sterilis MDS
198	25 сверху	Strychnininitrici	Strychnini nitrici

Клиника и лечение

10 py6.

8



11

2000

1845

卷之五

1844

1255

100

104

151

1875

442

35242
35243
35244

25-26-27

1950

125-126

1874

100

54256
2000
1

2000

200

卷四

145-2372

1747

100

10

17

100

24-05-10

24

5

10

100